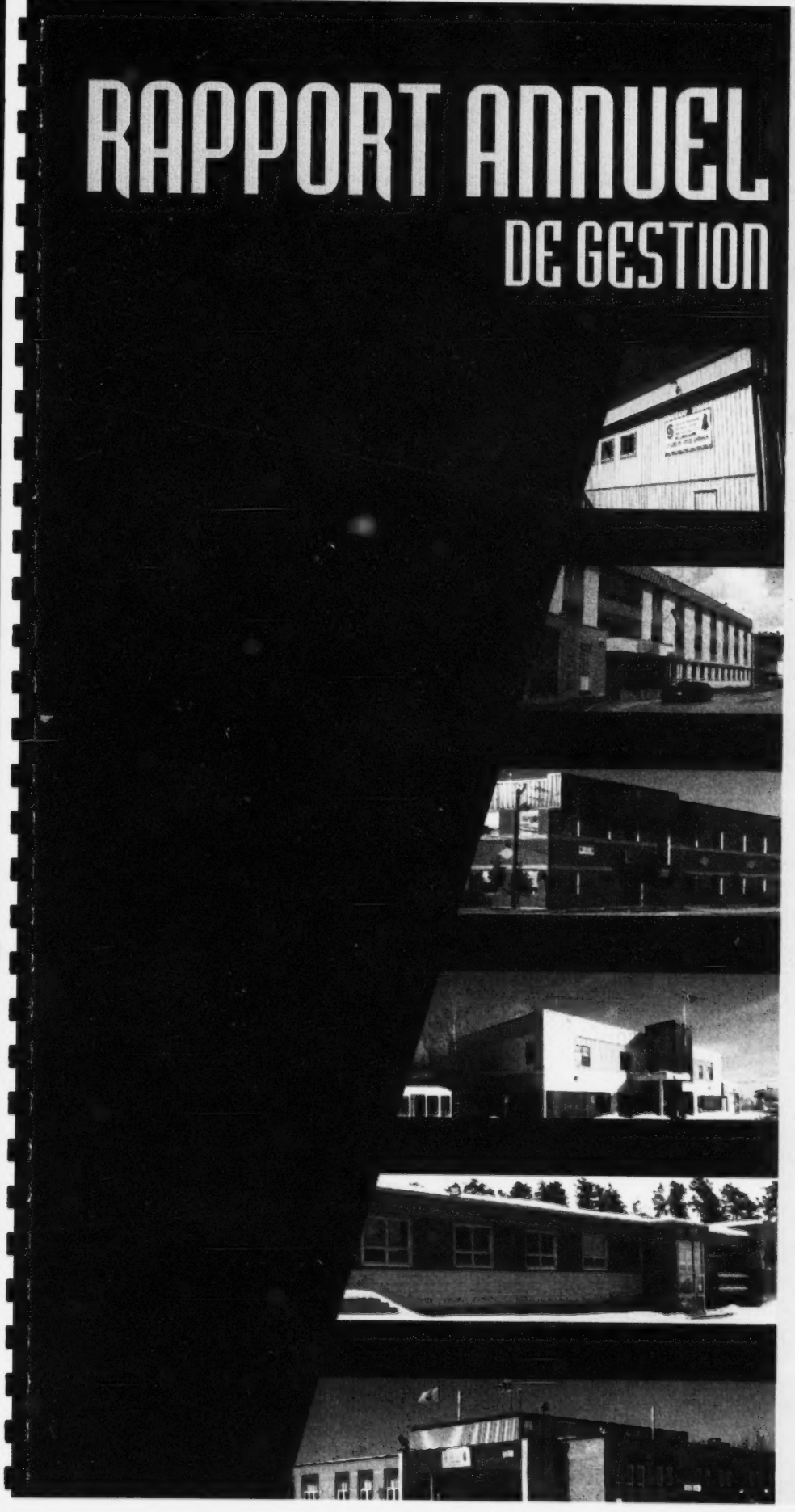
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010



CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES EST LE RÉSULTAT D'UN TRAVAIL COLLECTIF ET DE LA COLLABORATION DE L'ENSEMBLE DES DIRECTIONS DE L'ORGANISATION

COORDINATION DES TRAVAUX ET ADAPTATION DES TEXTES
Claudine Jacques

RÉVISION LINGUISTIQUE
Céline Proulx
Jean Hayes

PHOTO PAGE COUVERTURE
Camirand Photo

CONCEPTION GRAPHIQUE
Imprimerie Nord Graphique

Ce document a été produit par la Présidence-direction générale
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James)

Adopté par le conseil d'administration
du CRSSS de la Baie-James
lors de sa séance régulière du 7 septembre 2010.

Dans ce document, le générique est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne autant les hommes que les femmes lorsque le sens le justifie.

Dépôt légal – 2010
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 978-2-922250-82-4

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'année 2009-2010 fut riche pour le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. En effet, elle marque l'adoption par l'établissement du *Plan d'organisation*, du *Plan stratégique pluriannuel 2010-2015* et du *Cadre de gestion intégrée de la qualité*.

Repositionné à la lumière des rôles et responsabilités confiés au réseau de la santé et des services sociaux, le plan d'organisation s'inscrit dans la dynamique de gouverne découlant des amendements législatifs de ces dernières années. Ce plan vise à optimiser la performance du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James afin d'assumer pleinement les mandats qui lui sont confiés. Notre établissement, unique au Québec, est également responsable de la mission d'agence de santé et de services sociaux, qui doit se traduire dans l'exercice de notre mandat organisationnel et envers la population du territoire sociosanitaire du Nord-du-Québec.

Tel qu'il est également inscrit dans la Loi, l'agence est responsable d'élaborer son plan stratégique pluriannuel. Pour ce faire, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James a choisi d'impliquer plusieurs acteurs en vue de bien cerner les enjeux populationnels et déterminer les problématiques prioritaires, en utilisant une formule novatrice : le forum ouvert. Huit enjeux régionaux sont retenus pour la période 2010-2015, desquels découlent des orientations et des objectifs issus du processus de consultation entrepris à l'automne. Le plan respecte également les orientations ministérielles.

C'est également dans l'esprit de notre principe directeur : *La santé et le bien-être de la population jamésienne ainsi que la qualité des soins et des services forment un tout : notre préoccupation première, notre raison d'être*, que fut adopté le *Cadre de gestion intégrée de la qualité*. Ce cadre vient soutenir la démarche d'agrément au sein de laquelle s'inscrit le CRSSS de la Baie-James pour répondre aux impératifs législatifs, mais surtout pour répondre aux besoins des usagers, afin de leur assurer les meilleurs services possibles, compte tenu des ressources humaines et financières limitées de l'organisation. En ce sens, le bilan des cinq dernières années entourant l'entente de gestion et d'imputabilité révèle un taux d'atteinte très satisfaisant grâce aux interventions de notre personnel.

Ces leviers permettent d'actualiser notre vision pour les prochaines années, soit d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être des Jamésiens. Afin de témoigner des efforts consentis en ce sens, ce rapport annuel de gestion rappelle les principaux faits saillants qui se sont déroulés en 2009-2010. Nous sommes particulièrement fiers des résultats obtenus en matière de protection de la santé des Jamésiens et d'efficience au plan des ressources utilisées. De même, nous estimons avoir positionné le CRSSS de la Baie-James comme un acteur intournable au plan de la concertation régionale.

Concernant la protection de la santé et du bien-être des Jamésiens, il va sans dire que la vaccination de masse contre la pandémie de la grippe A(H1N1), qui a mobilisé de très nombreux acteurs du réseau de la santé au Québec, a atteint un taux record dans notre région. Confronté à la présence de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) en février dernier, les tests réalisés montrent qu'il n'y a pas eu de propagation, grâce aux mesures mises rapidement en place, notamment le renforcement des pratiques de base dont le lavage des mains et le contrôle des visites. Soulignons également l'instauration du service de premiers répondants «élargi» dans deux communautés de la région. Pour nous, la prévention des infections et la sécurité des soins et des services représentent des priorités organisationnelles.

Au plan des ressources humaines, financières et matérielles, les résultats sont éloquents. Des projets d'optimisation internes développés cette année ont permis de générer des économies appréciables tout en améliorant les processus de travail. Dans le même sens, nous voulons saluer les travaux du comité paritaire sur les états généraux en soins infirmiers et de ses sous-comités, dans la recherche de solutions afin d'accroître l'efficacité du travail et les relations entre employeurs et employés.

Toujours soucieux de *Bâtir ensemble notre avenir*, l'ensemble des travaux réalisés cette année et énumérés précédemment témoignent de nos engagements tant envers la clientèle, notre personnel qu'envers nos partenaires. D'autres activités de représentation et de communication tenues cette année consolident nos relations. Ainsi le CRSSS de la Baie-James a eu un rôle de :

- coordination du *Plan suprarégional nordique de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé* ;
- signataire du *Pacte pour l'emploi* dans la région du Nord-du-Québec ;
- partenaire dans le documentaire visuel *La Jamésie un milieu de vie naturel* qui fait la promotion de la région en vue d'accroître son potentiel attractif pour le recrutement de professionnels ;
- consultation aux *Rendez-vous régionaux de la solidarité 2009* qui devrait conduire au premier plan d'action gouvernemental sur la lutte à la pauvreté ;
- représentation aux travaux entourant le *Plan Nord* devant mener à une des plus imposantes stratégies de développement régional ;
- partenaire pour la création du premier groupe de médecine familiale en Jamésie, lequel a pour objectif de faciliter l'accès des patients au suivi médical et à la prise en charge globale de leur état de santé ;
- partenaire dans la formation du Groupe neurones qui a lancé sa campagne *Vitamine tes études* afin de promouvoir la persévérance scolaire et la réussite éducative en Jamésie ;
- partenaire avec *Québec en forme* en conformité avec notre priorité régionale qu'est la lutte aux maladies chroniques et la promotion des saines habitudes de vie.

Nos efforts en communication se sont accrus avec notamment la mise en place de la nouvelle image corporative au regard de notre stratégie de recrutement et de la mise en service du site Internet. De plus, la tournée régionale de la présidente-directrice générale et des directeurs des services à la clientèle auprès de la population et auprès du personnel visait à promouvoir l'offre de services et à diffuser le bilan des dernières années en termes de résultats et d'investissement dans chacun des centres de santé et au centre administratif.

En guise de conclusion, nous tenons à réitérer nos remerciements envers l'ensemble du personnel, des gestionnaires, des médecins, des administrateurs, des groupes communautaires et des bénévoles pour leur implication aux différents niveaux de l'organisation. Leur apport est essentiel à la réalisation de nos mandats et de notre mission. C'est donc avec fierté que nous vous présentons un rapport positif de l'année 2009-2010, lequel permet de certifier la qualité de nos soins et de nos services au Nord-du-Québec.

Le président du conseil d'administration,

Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale,

Diane Laboisonnière

DÉCLARATION DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du CRSSS de la Baie-James :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Rapport de la direction
Les états financiers du CRSSS de la Baie-James ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des accords comptables appropriés et qui respectent les principes comptables généralement reconnus au Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière*, édicté en vertu de l'article 477, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

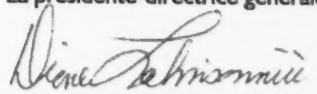
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçus en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement, et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

Le CRSSS de la Baie-James reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers du CRSSS de la Baie-James, conformément aux normes de vérification généralement reconnues au Canada, et son rapport expose l'étendue et la nature de cette vérification, de même que l'expression de son opinion. Le Vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,



Diane Laboisonnière

Table des matières

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE I

DÉCLARATION DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE III

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES TABLEAUX VII

LISTE DES ACRONYMES IX

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION 1

LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 5
LA PANDÉMIE 9

1 LES PROGRAMMES-SERVICES 11

LES PROGRAMMES-SERVICES DESTINÉS À LA POPULATION 13

PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE 13
- STRATÉGIE D'ACTION: DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS 14
- DOMAINE DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ADAPTATION ET DE L'INTÉGRATION SOCIALE 16
- DOMAINE DES HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES 17
- DOMAINE DES MALADIES INFECTIEUSES 19
- DOMAINE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE 19
- DOMAINE DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL 19
- FONCTION DE SURVEILLANCE, DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION 20

SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 21

LES PROGRAMMES-SERVICES RÉPONDANT À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES 29

JEUNES EN DIFFICULTÉ 29
DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 30
DÉPENDANCES 31
SANTÉ MENTALE 32
SANTÉ PHYSIQUE 33
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 34

Table des matières

2 LES PROGRAMMES-SOUTIEN 37

L'ADMINISTRATION ET LE SOUTIEN AUX SERVICES 39

RESSOURCES HUMAINES 39
RESSOURCES INFORMATIONNELLES 44
RESSOURCES FINANCIÈRES ET APPROVISIONNEMENT 45

LA GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS 45

3 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 51

4 LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE, LES MESURES D'URGENCE ET LA TRAUMATOLOGIE 57

5 LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES CONSEILS ET DU COMITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 61

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 63
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS 63
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE 63
COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS 64

ANNEXES DU RAPPORT ANNUEL DE GESTION

ANNEXE 1 BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 65
ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES AU 31 MARS 2010 99
ANNEXE 3 DONNÉES FINANCIÈRES 103
ANNEXE 4 TABLEAUX DES INVESTISSEMENTS 2009-2010 ET ANNÉES ANTÉRIEURES 117
ANNEXE 5 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 127

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec	3
Figure 2	Évolution des subventions versées aux organismes communautaires	55
Figure 3	Répartition des charges par nature pour l'exercice terminé le 31 mars 2010	110
Figure 4	Répartition des charges par mission pour l'exercice terminé le 31mars 2010	112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Personnes salariées en ETC au 31 mars 2010 et années antérieures	39
Tableau 2	Effectifs totaux en ETC au 31 mars 2010 par catégorie d'emplois	39
Tableau 3	Coûts reliés à l'assurance-salaire	41
Tableau 4	Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2008-2009 et 2009-2010	42
Tableau 5	Investissements en formation au CRSSS de la Baie-James pour les cinq dernières années	43
Tableau 6	Effectifs en omnipratique, à titre de membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	44
Tableau 7	Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)	44
Tableau 8	Projets de rénovations fonctionnelles mineures et leur investissement en 2009-2010	47
Tableau 9	Projets réalisés en maintien des actifs en 2009-2010	48
Tableau 10	Acquisition en immobilisations et en équipements en 2008-2009 et 2009-2010	49
Tableau 11	Principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés 2009-2010	49
Tableau 12	Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2008-2009 et 2009-2010	54
Tableau 13	État des résultats – Activités principales pour l'exercice terminé le 31 mars 2010	109
Tableau 14	Répartition des charges par programme ou service pour l'exercice terminé le 31 mars 2010	111
Tableau 15	Bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2010	113
Tableau 16	Bilan du fonds d'immobilisation au 31 mars 2010	114
Tableau 17	Suivi des charges au 31 mars 2010	115
Tableau 18	Tableaux des investissements	119

LISTE DES ACRONYMES

ASSS	Agence de santé et de services sociaux
ASSTAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
BTP	Bâtiments et travaux publics
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CS	Centre de santé
CSA	*Canadian Standards Association*
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission sur la santé et la sécurité au travail
DAMSSP	Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRHSO	Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation
DSIP	Direction des soins infirmiers et des programmes
DSP	Direction de santé publique
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent à temps complet
FADM	Feuille d'administration des médicaments
FTQ	Fédération des travailleurs du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
IAB	Initiative amis des bébés
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
JED	Jeunes en difficulté
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OÉMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PNF	Programme national de formation
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI	Ressource intermédiaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile

SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
SARM-AC	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline acquis en communauté
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
SIISNEQ	Syndicat des intervenantes et intervenants de la santé du Nord-Est québécois
SIMASS	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TED	Troubles envahissants du développement
TROC-10	Table régionale des organismes communautaires du Nord-du-Québec

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION

L'organisation

Le CRSSS de la Baie-James est issu de la fusion de cinq établissements de santé de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, fusion qui s'est opérée en 1996. De plus, en 1999, ce nouvel établissement a aussi intégré la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, devenant ainsi le seul établissement du Québec à comprendre dans sa mission globale des responsabilités d'ASSS.

Le CRSSS de la Baie-James est donc l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (région 10). Son territoire, celui de la Baie-James, est immense avec une superficie totale de 350 000 km^2. Les Jamésiens sont regroupés principalement dans les municipalités de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. La cinquième, la Municipalité de Baie-James, inclut les localités de Radisson, Valcanton et Villebois. Les distances à parcourir sont très grandes, les communautés sont éloignées les unes des autres et la région est aussi éloignée et isolée des centres urbains. On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de :

- ASSS (art. 530.45 et 340 à 396);
- Centre local de services communautaires (CLSC) (art. 80);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (art. 81 et 85);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (art. 83);
- Centre de réadaptation (CR) externe, pour personnes souffrant de déficience intellectuelle (DI) ou d'un trouble envahissant du développement (TED), pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (art. 84 et 86).

Le CRSSS de la Baie-James compte une installation physique dans chacune de ses communautés :

Le secteur est de la région regroupe les centres de santé (CS) suivants :

- Chapais — CS René-Ricard
- Chibougamau — CS de Chibougamau

Le secteur ouest de la région regroupe les CS suivants :

- Lebel-sur-Quévillon — CS Lebel
- Matagami — CS Isle-Dieu
- Radisson — CS de Radisson

Le CRSSS de la Baie-James dessert les localités de Valcanton et Villebois en ce qui concerne le financement des soins, des services et des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de services sont assurés par entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Aurores boréales de La Sarre. Une infirmière de milieu et une intervenante sociale œuvrent dans ces localités depuis 2004. Finalement, le Centre administratif, basé à Chibougamau complète l'organisation du CRSSS de la Baie-James.

La mission des centres jeunesse (CJ) est endossée historiquement par les régions du Saguenay – Lac-Saint-Jean, région 02, pour le secteur est, et celle de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, pour le secteur ouest, par ententes de service dûment négociées et signées avec les deux régions.

Tel qu'il est prévu dans la LSSSS, notre établissement peut signer une entente avec une ASSS en ce qui a trait à l'exercice du mandat légal confié à une direction de santé publique (DSP). Cette entente est signée avec l'ASSS des Laurentides, région 15, depuis 1997. C'est le directeur de santé publique de cette agence qui est responsable de cette direction, incluant les mandats de l'équipe régionale de notre établissement, et de ses activités pour notre région.

Il est important de mentionner l'organisation particulière du secteur de la santé et sécurité du travail (SST) dans notre région, assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi, historiquement, la DSP du Saguenay-Lac-Saint-Jean, assure les services pour les villes de Chapais et Chibougamau, tandis que celles de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couvertes par la DSP de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, des travaux sont menés par notre directrice de santé publique, afin de clarifier la responsabilité de ce secteur d'activité, son organisation et sa structure pour la partie ouest de notre région, qui devra inclure les localités de Radisson, de Villebois et de Valcanton.

Depuis 2007, notre établissement fait partie de deux territoires du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) :

- Chapais et Chibougamau par le RUIS-Laval (Québec);
- Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Radisson par le RUIS-McGill (Montréal);
- la population crie est desservie, par le RUIS-McGill (Montréal).

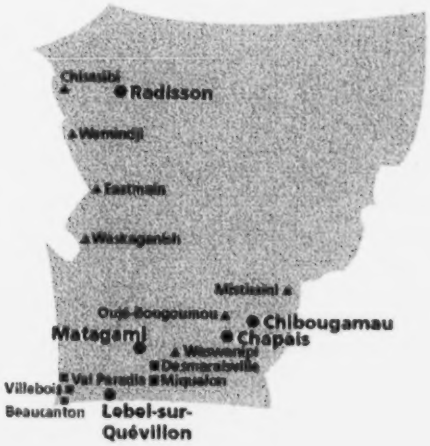
Le CRSSS de la Baie-James emploie dans ses cinq centres locaux de service et au Centre administratif, plus de 640 employés. En 2008-2009, sa masse salariale s'établissait à plus de 34 millions de dollars. Une Table régionale intersyndicale, réunissant les représentants syndicaux régionaux et la Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation (DRHSO), joue un rôle essentiel dans la coordination des accréditations syndicales actives dans l'organisation.

Le territoire

Les distances entre chaque localité, l'isolement et l'éloignement des grands centres ajoutent des éléments de complications dans l'organisation des services. On ne peut, par exemple, faire beaucoup de partages entre deux villes séparées par des centaines de kilomètres. Cette situation force le maintien des services de base et d'infrastructures dans des localités dont la population est restreinte. De plus, le déplacement des usagers pour les services spécialisés ou les cas d'urgence est une réalité inévitable qui entraîne des coûts que l'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres régions.

La carte ci-dessous illustre l'éloignement entre les villes et donne un aperçu des distances impliquées :

Figure 1 : Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec



Distance en kilomètres

						Val-Paradis	Beaucanton
					Villebois	17	14
				Chibougamau	566	569	552
			Chapais	44	522	525	508
		L-S-Q*	214	262	308	311	294
	Matagami	349/113[1]	563	607	327	331	314
Radisson	625	977	1152	1235/792[2]	952	956	939

* Lebel-sur-Quévillon
[1] kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via R-1055 (route forestière)
[2] kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via la Route du Nord

Source : Société de développement de la Baie-James

Le découpage territorial de la région du Nord-du-Québec diffère lorsqu'il s'agit du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, la région administrative du Nord-du-Québec, un territoire immense, englobe, au plan sociosanitaire, trois régions distinctes possédant chacune sa propre organisation de santé et de services sociaux et qui ensemble desservent la population de cette grande région administrative :

- Nord-du-Québec (10), CRSSS de la Baie-James (les Jamésiens) ;
- Nunavik (17), Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) Kativik (les Inuits) ;
- Terres-cries-de-la-Baie-James (18), Conseil Cri de la santé et des services sociaux (CCSSS) de la Baie James (les Cris).

La population

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire est peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement (2006), établissent à 14 871 personnes la population jamésienne. Toutefois, lorsqu'on ajoute la population crie habitant le territoire, 14 131 personnes selon la même source, ce nombre s'élève à 29 002 personnes. Même si les Cris possèdent leur propre réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), et du fait que nous sommes un centre receveur, nous devons offrir des services aux autochtones, particulièrement pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des Terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette clientèle de l'intérieur des Terres s'élevait à 4 977 personnes, en 2001. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 %, entre 1996 et 2001.

Le contexte géopolitique

Depuis 1993, le réseau régional de santé et de services sociaux a dû intégrer de nombreux changements et s'adapter à son environnement. Comme organisation, le CRSSS de la Baie-James poursuit son développement en maintenant ce dynamisme essentiel dans une jeune région où beaucoup reste à réaliser et qui, de plus en plus, a en main les outils et leviers pour le faire.

Les citoyens de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec partagent ce grand territoire avec les Cris, desservis par leur propre réseau de santé et de services sociaux, conformément à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Toutefois, surtout à Chibougamau, les résidants des communautés cries ont recours aux services du CRSSS de la Baie-James. Plus au nord, les habitants du village de Radisson peuvent régulièrement consulter un médecin à Chisasibi, lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques, des observations cliniques et médicales.

Juin 2001 a été marqué par le lancement de la Politique de développement du Nord-du-Québec : « (...) par laquelle le gouvernement manifeste à la population de cette région sa détermination à appuyer de manière exceptionnelle le développement de cet immense territoire québécois[1]. »

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec, en collaboration avec les peuples autochtones, en :

> *(...) [misant] sur une approche de développement durable, [valorisant] la responsabilisation des populations du territoire (...) [reconnaissant] et [intégrant] dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement*[2].

Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidants la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, notre plan d'organisation vise à pourvoir le CRSSS de la Baie-James d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Enfin, toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait une loi, dite « Loi de la gouverne », qui modifiait la LSSSS, apportant ainsi des ajustements au processus de gestion du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Un amendement important pour la région du Nord-du-Québec avait été apporté à l'article 530.45 qui stipulait, jusqu'alors : « (...) qu'aucune régie régionale n'était instituée sur le territoire ». Depuis, cet article se lit comme suit : « (...) l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie ». Le CRSSS de la Baie-James disposait donc alors des responsabilités dévolues à une ASSS.

Avec ses mandats et ses défis, le CRSSS de la Baie-James se révèle une organisation unique au Québec par ses responsabilités mixtes d'établissement comme d'agence, de même que par le nombre de missions qui lui ont été confiées.

1. MINISTÈRE DES RÉGIONS, *Politique de développement du Nord-du-Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, p. v.
2. *Ibid.*

LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Considérant le nouveau principe directeur du CRSSS de la Baie-James : *la santé et le bien-être de la population jamésienne ainsi que la qualité des soins et des services forment un tout : notre préoccupation première, notre raison d'être,* nous présentons d'entrée de jeu des actions significatives visant la qualité des services et qui concernent l'ensemble des services offerts.

Conseil canadien d'agrément des services de santé

À la suite du rapport provisoire d'Agrément Canada, le CRSSS de la Baie-James recevait en septembre 2009, une accréditation conditionnelle. Afin de maintenir celle-ci, l'établissement doit démontrer qu'il a mis en place les pratiques organisationnelles requises telles que la double identification, le bilan comparatif des médicaments ainsi que le retrait des électrolytes. Ces mesures visent à assurer la sécurité des usagers et du personnel. Pour ce faire, 11 comités de travail ont été mis en place et 58 rencontres ont eu lieu pendant l'année afin de mobiliser les équipes dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

De plus l'établissement s'est donné un cadre de gestion intégrée de la qualité et ce, en fonction de la qualité attendue, voulue, rendue et perçue, donnant ainsi un sens au processus de l'amélioration de la qualité.

En lien avec ce cadre, un portrait des attentes du Ministère en termes d'indicateurs de l'entente de gestion, des activités de gestion courantes et des normes d'Agrément Canada est en voie de réalisation, afin d'avoir une vue globale de la reddition de comptes à produire et de l'évaluation des diverses activités.

À ce portrait, se greffera une analyse des profils de tous les intervenants afin de déterminer les accès aux applications informatiques de manière sécuritaire et appropriée pour les utilisateurs et ce, dans le respect du cadre global des actifs informationnels.

En terminant, un sondage satisfaction de la clientèle a été distribué aux usagers par le personnel des différents secteurs d'activités à la fin de la prestation de soins et de services. Il en ressort que les usagers sont très satisfaits des soins et services reçus dans les différents centres de santé de la région. Ils reconnaissent la préoccupation du personnel à l'égard de la santé du client, leur accueil chaleureux et le respect de leur intimité. De plus, les résultats du sondage sont transmis aux équipes et sont utilisés afin d'apporter des améliorations.

Éthique clinique

Dans le cadre de la démarche de qualité, la mise en place d'un comité régional d'éthique clinique recevait l'aval du conseil d'administration en mars 2009. Le mandat et les objectifs de ce comité ont été clarifiés. Ils visent notamment à proposer des pistes de réflexion, à émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique et administratif en regard de l'éthique.

Le comité offre également du soutien auprès de l'administration, des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des usagers, des familles et des personnes désignées, afin que les décisions de soins respectent les valeurs, les intérêts ainsi que la volonté des usagers et de leurs proches. Le comité a également comme objectif de sensibiliser le personnel de l'établissement et le grand public à la compréhension des enjeux éthiques, à travers l'information et la formation.

Les membres du comité ont reçu une formation en août 2009 sur : *L'éthique clinique en action : de la théorie à la pratique renouvelée*. Le but de cette formation était de permettre aux participants d'améliorer leur connaissances théoriques et identifier les aspects liés au développement de l'éthique clinique dans un contexte organisationnel ainsi que de créer un réseau provincial d'échange et de soutien sur l'éthique clinique. Afin de recevoir les questionnements relatifs à l'éthique clinique dans les équipes, le comité a travaillé à l'élaboration d'un formulaire *Demande au Comité régional d'éthique clinique*.

Gestion des risques

Au cours de l'année 2009-2010, le Comité régional de gestion des risques a expérimenté son nouveau mode de fonctionnement afin d'accroître son efficacité. En effet, ce dernier a tenu pour le comité élargi de la gestion des risques, deux séances régulières tandis que le sous-comité *Événements reliés à la médication* s'est rencontré à cinq reprises afin d'analyser la nature des incidents-accidents et de proposer des pistes de solution.

Pour ce faire, le comité régional a pris connaissance du dossier des incidents-accidents. Ce rapport a été déposé au conseil d'administration au mois de mars 2010. Rappelons que l'établissement a débuté pour l'année 2009-2010, la saisie informatique des formulaires AH-223 de manière à alimenter le registre provincial des incidents-accidents dans le *Système d'information sur la sécurité des soins et des services* (SISSS). Les principaux incidents se déclinent comme suit : 41% d'évènements reliés à la médication, 19 % autres types (erreurs reliées au dossier, non respect de procédures, situation à risque, etc.), 14% pour les chutes et 11% pour les tests diagnostiques.

Un sous-comité se voyait confier également, et ce plus spécifiquement, la responsabilité d'analyser et documenter les risques reliés à l'utilisation des systèmes informationnels informatisés. Cette exigence découle du *Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité*. Actuellement, ce type d'incident fait l'objet de surveillance par la responsable de la sécurité des actifs informationnels. Nous pouvons dénoter, au cours de la dernière année quelques incidents qui ont fait l'objet d'une vigie et d'une analyse de sa part afin de mieux les circonscrire. Il s'agit, soit d'erreurs humaines de manipulation de données informatiques, soit de bris d'équipements qui auraient pu causer des dommages aux actifs informationnels.

En terminant, des formations dans toutes les installations concernant la gestion des risques et la complétion des formulaires AH-223 sont toujours en cours. À ce jour, 267 personnes ont été formées soit un total de 49 % des employés des centres de santé.

Mise en œuvre du *Cadre global de gestion des actifs informationnels*

Lors de la formation sur la gestion des incidents-accidents, les utilisateurs ont été informés des notions d'identification et de confinement d'un incident en matière de sécurité informationnelle. Une formation spécifique a été donnée au personnel du Technocentre dans le but d'harmoniser le processus de déclaration d'incident ainsi que le mécanisme de confinement d'évènement.

La catégorisation des actifs informationnels a permis d'élaborer une analyse des modes de défaillance dans le cadre de l'agrément. Ce processus a permis également de valider le niveau de risque résiduel d'un secteur d'activité telle que l'imagerie médicale. Cette action permet d'amorcer une autre étape de la réalisation de la mise en œuvre des mesures de sécurité (intégration des activités).

Aussi dans le but d'avoir une vision globale des mesures de sécurité qui ont été jugées prioritaires par la table des coordonnateurs régionaux de sécurité des actifs informationnels, la responsable en sécurité a élaboré un tableau permettant de cibler ces mesures en fonction des 64 mesures du cadre global de sécurité. Parmi ces mesures prioritaires on dénombre 40 activités, dont 15 sont associées aux mesures minimales en sécurité à mettre en place.

L'une de ces mesures concerne la gestion des profils d'accès. Celle-ci permettra de gérer les profils autorisant les utilisateurs à accéder au progiciel. Les profils d'accès seront définis pour différents groupes d'usagers ainsi que pour chacune des installations. Dans la pratique, cela nous permettra de contrôler les accès selon le profil des intervenants. L'implantation de cette structure nous demandera de redéfinir chaque titre d'emploi (intervenants) pour chacune des installations. Chaque utilisateur pourra accéder au profil qui lui sera associé par les pilotes de systèmes; à ce niveau, la confidentialité sera respectée.

Qualité des données

Un comité de suivi des indicateurs en lien avec les ententes de gestion a été mis sur pied au cours de l'année 2008-2009. Celui-ci a pour objectifs d'informer et soutenir les intervenants par rapport à l'importance de l'exactitude dans la saisie des données relatives à leur travail, en lien avec les cadres normatifs, d'accroître aussi la fiabilité des données saisies au sein des diverses applications, et assurer un continuum d'information entre les divers intervenants impliqués.

Des membres du comité ont collaboré cette année à l'élaboration du *Portrait des attentes du MSSS et de l'agrément à l'égard du CRSSS de la Baie-James*. Ce portrait, qui se veut exhaustif de l'ensemble des indicateurs de gestion, devrait être déposé en juin prochain afin d'aider les équipes à prioriser et évaluer les services. La mise en place de guides de codification ainsi que des suivis auprès des équipes se poursuivent afin d'assurer une continuité reliée aux suivis d'indicateurs et à l'alimentation de la banque commune du MSSS, et, permettre une collecte uniforme des données concernant les services.

Gestion documentaire

Une nouvelle mise à jour du calendrier de conservation a été adoptée par le conseil d'administration. Cette mise à jour est effectuée à partir du Recueil des délais de conservation produit par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Une rencontre avec un médecin, une infirmière, une travailleuse sociale, les archivistes médicales et les techniciennes en documentation a permis de statuer sur la liste des documents à conserver lors de l'épuration du dossier de l'usager. Cette liste à été intégrée au nouveau calendrier de conservation. De plus, une procédure d'épuration des dossiers de l'usager a été adoptée ce qui a permis au service des archives de débuter cette activité.

En janvier 2009, une directive sur la rédaction et l'émission des documents officiels a été adoptée. Cette année, le centre de documentation a sensibilisé le personnel sur l'utilisation des canevas lors de la rédaction des différents règlements, politiques, directives et procédures de l'établissement. La standardisation des canevas a permis de rédiger des documents officiels plus complets.

Infections nosocomiales

Afin d'avoir un taux d'infections nosocomiales le plus bas possible, l'infirmière clinicienne responsable de la prévention des infections assure une vigie constante de l'apparition et la prolifération des bactéries multirésistantes, des bactériémies, du *Clostridium difficile* et de toute autre infection susceptible de compromettre la santé des usagers hospitalisés. Chaque cas d'infection fait l'objet d'une vérification au dossier de l'usager par l'infirmière responsable de la prévention des infections, et ce, dans le but de s'assurer que les actions seront posées si nécessaires. En ce qui a trait aux bactéries multirésistantes suivantes : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline acquis en communauté (SARM-AC) ou à l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), elles font l'objet d'une codification particulière au dossier pour la mise en place de mesures de prévention lors d'une hospitalisation ultérieure.

Le protocole de post exposition aux liquides biologiques est terminé. Il sera présenté lors de la première rencontre annuelle du comité de prévention régional par le microbiologiste. Parmi les partenaires consultés on retrouve la Direction de santé publique ainsi que la Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation. Le document a aussi été présenté à l'équipe de la Direction de santé publique des Laurentides.

Hygiène et salubrité

Les principaux objectifs visés et les travaux en cours de réalisation et intégrés dans une démarche continue sont de :

- finaliser la collecte des données des travaux fonctionnels réalisés au Centre de santé de Chibougamau et au Centre de santé René-Ricard;
- offrir un soutien technique et organiser le travail du personnel d'hygiène;
- auditer la nouvelle structure opérationnelle et soumettre des correctifs;
- réviser les besoins liés au parc d'équipements;
- évaluer la situation à la suite de l'utilisation de linges en microfibres, les couleurs d'application et les problèmes de décoloration lors du lavage;
- suggérer des scénarios pour la salle de lavage centrale;
- identifier une procédure sécuritaire et efficace pour le nettoyage des grilles de ventilation par les mécaniciens;
- évaluer la qualité du grand ménage exécuté avant la période finissant le 31 mars de l'année en cours;
- réévaluer les besoins requis en main-d'œuvre pour réaliser le grand ménage en fonction du plan établi par le service d'hygiène pour la phase II;
- élaborer des normes de qualité référentielles pour le service d'hygiène.

Le logiciel PROPRE est déployé dans tous les centres de santé, sauf celui de Radisson. Cet applicatif permet de connaître les superficies totales et exactes de chaque centre de santé.

Actuellement, tout le personnel en hygiène et salubrité de notre région a reçu les formations permettant de mettre en pratique les nouvelles techniques en hygiène et salubrité conformément aux recommandations du Ministère.

LA PANDÉMIE

Vaccination massive

L'année 2009-2010 a été marquée par la pandémie de la grippe A(H1N1). Considérant que le contexte de pandémie a mobilisé notre organisation d'une façon toute particulière, nous avons regroupé l'ensemble des activités dans une section spécifique afin de démontrer l'ensemble du travail accompli.

La Direction de santé publique, en collaboration avec les cinq centres de santé, a coordonné la mise en place des plus grosses cliniques de vaccination massive jamais connues dans le Nord-du-Québec. C'est le 27 octobre 2009 que la vaccination a commencé dans les centres de santé de la région. À ce moment, le CRSSS de la Baie-James avait comme objectif de vacciner au moins 75 % de la population du territoire.

Considérant la disponibilité réduite des vaccins en début de campagne, la vaccination s'est déroulée en trois séquences dans la région du Nord-du-Québec.

Première séquence :

- les travailleurs de la santé;
- les personnes hébergées en CHSLD et la clientèle inscrite au soutien à domicile;
- les personnes offrant des soins d'assistance à domicile;
- les résidants de Radisson.

Deuxième séquence :

- la population en général, à l'exception des enfants âgés de 0 à 6 mois chez qui le vaccin n'est pas reconnu efficace.

Troisième séquence :

- Les travailleurs non résidants dans la région du Nord-du-Québec.

Pour les femmes enceintes qui préféraient recevoir le vaccin sans adjuvant, elles ont pu, à compter du 9 novembre 2009, se prévaloir du vaccin.

Plusieurs travailleurs qui ne résidaient pas dans notre région ont reçu le vaccin dans un des centres de santé de la région. Par contre, pour les travailleurs œuvrant sur les différents chantiers et campements d'Hydro-Québec, une entente de service entre le CRSSS de la Baie-James et Hydro-Québec a été signée. C'est le personnel infirmier d'Hydro-Québec qui a vacciné les travailleurs sur les différents chantiers et campements. Cette vaccination s'est déroulée sous la supervision et la responsabilité de la Direction de santé publique. Au total, 1 087 travailleurs ont reçu le vaccin.

Toujours dans le but d'augmenter le taux de couverture vaccinale, l'équipe a mis en place une pratique clinique préventive qui visait à encourager tout le personnel du CRSSS de la Baie-James, les médecins et les organismes communautaires à recommander la vaccination à toute leur clientèle et à les référer à l'un des centres de vaccination.

Les résultats de cette campagne de vaccination massive sont impressionnants. La région du Nord-du-Québec s'est démarquée avec un taux de couverture vaccinal de 78,3 %; elle se place au troisième rang des régions du Québec,

devancée par les Terres-cries-de-la-Baie-James (83,7 %) et la région du Nunavik (78,9 %). De plus, le personnel du CRSSS de la Baie-James a répondu très favorablement à l'offre de vaccination puisque 90,3 % de ses travailleurs ont été vaccinés alors que l'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux était de 80 %.

Afin de soutenir les centres de santé dans la gestion de la pandémie de grippe A(H1N1), la Direction de santé publique et la Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels ont préparé une liste des activités essentielles à maintenir et celles pouvant être délestées durant la période de la grippe A(H1N1). Cet outil a permis de mieux soutenir les gestionnaires dans leur gestion des ressources humaines et ainsi, pouvoir déplacer des ressources dans les services essentiels.

Plan suprarégional nordique de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé

Le Plan suprarégional nordique de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé a été consolidé en décembre 2008. Cette entente regroupe le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (région 18), la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (région 17), l'Agence de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (région 08) et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (région 10). Des travaux de mise à jour ont été effectués très rapidement entre les quatre régions à l'arrivée de la pandémie en mai 2009.

LES PROGRAMMES-SERVICES

1

LES PROGRAMMES-SERVICES DESTINÉS À LA POPULATION

PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

La tournée *Place à la santé*

Au cours de l'automne 2009, la Direction de santé publique, de concert avec les chefs des programmes et des services impliqués dans les programmes de santé publique, a convié l'ensemble des intervenants à participer à une journée de travail sur la mise en œuvre de *Place à la santé : plan d'action en santé publique 2008-2012*. Cinq rencontres ont eu lieu : deux dans le secteur est (Chibougamau et Chapais) et une dans chaque centre de santé du secteur ouest (Matagami, Lebel-sur-Quévillon et Radisson). Au total, 9 gestionnaires et 52 intervenants ont été entendus.

De ces rencontres, il est ressorti des enjeux liés à la mise en œuvre du plan d'action, mais également plusieurs pistes d'action concrètes visant l'amélioration des pratiques. La Direction de santé publique a réalisé des suivis constants et personnalisés auprès des gestionnaires des deux secteurs afin de revoir la stratégie de mise en œuvre du plan d'action en santé publique de façon à s'assurer que les conditions d'implantation sont bien présentes dans chaque centre de santé.

Ajout d'effectifs en santé dentaire publique

Dans le but de mettre en œuvre le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, une demande d'ajout d'effectifs en santé dentaire publique a été adressée, en novembre 2008, par la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James et la Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean au ministère de la Santé et des Services sociaux. Après évaluation de notre demande, le Ministère a accepté d'allouer aux deux régions un poste temporaire à demi-temps ce qui a permis de passer les effectifs qui étaient à 1 ETC pour les deux régions à 0,5 ETC pour la région du Nord-du-Québec et à 1 poste ETC pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Considérant l'ajout d'effectif, une nouvelle entente de service a été signée avec la Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean afin de définir les modalités relatives aux services offerts dans la région du Nord-du-Québec par les dentistes-conseils.

Formation *Marketing social et santé publique*

Les 29 et 30 avril 2009 a eu lieu à Chibougamau, la formation *Marketing social et santé publique* offerte par l'Institut national de santé publique (INSPQ). Dans le cadre de cet atelier méthodologique, les participants ont abordé les principes et les outils de base du marketing social qui soutiennent les changements sociaux et comportementaux visant l'atteinte d'objectifs de santé publique. Vingt-deux personnes se sont inscrites à cette formation qui s'adressait autant à l'équipe de la Direction de santé publique qu'aux intervenants en promotion des saines habitudes de vie.

STRATÉGIE D'ACTION : DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Entente spécifique en développement social

Dans le même esprit que le *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, le plan d'action en santé publique 2008-2012 du CRSSS de la Baie-James a retenu le développement des communautés comme l'une des stratégies à privilégier pour la mise en œuvre des actions en promotion de la santé et en prévention dans la région.

Cette stratégie comporte deux principes. D'une part, l'implantation des activités prévues au plan d'action nécessite, à bien des égards, des partenariats intersectoriels ainsi que la mobilisation de certains groupes visés dans la communauté, de façon à intervenir dans le respect des réalités locales et régionales. Ces partenariats ne doivent pas dédoubler les services mais bien maximiser ceux qui sont déjà existants. D'autre part, l'intersectorialité, la participation citoyenne et le renforcement des potentiels individuels et collectifs font partie des principes du développement des communautés et qui se retrouvent dans notre stratégie, puisque la santé ne se définit pas seulement par l'absence de maladie. Elle se traduit également par la capacité d'une personne, peu importe sa situation, de prendre part à la vie collective et d'intervenir activement dans son milieu pour elle-même ainsi que pour les groupes dont elle fait partie.

Sur les plans local et régional, deux leviers de concertation en développement social permettent de favoriser et soutenir la mobilisation et l'engagement des populations dans l'amélioration de la qualité de vie de leur environnement local. Il s'agit des comités locaux de développement social et du Comité de développement social de la Baie-James auxquels est associé le CRSSS de la Baie-James par l'entremise de l'entente spécifique en développement social. L'année 2009-2010 en fut une de transition pour le Comité de développement social de la Baie-James. Avec le concours des partenaires signataires de l'entente spécifique en développement social 2006-2009, le Comité de développement social de la Baie-James a poursuivi les travaux menant à son renouvellement. La nouvelle entente quinquennale couvre la période de 2009 à 2014 et comporte deux volets :

- le volet fonctionnement des comités locaux
- le volet financement des projets.

Ainsi, le CRSSS de la Baie-James, le Comité de développement social de la Baie-James, la Conférence régionale des élus de la Baie-James, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire ainsi qu'Emploi-Québec, se sont engagés, selon leur champ d'activités respectif, pour un montant totalisant 1 325 000 $ sur cinq ans. La participation financière annuelle du CRSSS de la Baie-James est de l'ordre de 25 000 $. De cette somme, 20 000 $ seront consacrés au volet fonctionnement des comités locaux, ce qui permettra de soutenir une partie des dépenses annuelles courantes engendrées par les comités de concertation tels que les comités Villes et Villages en santé, entre autres. Le montant résiduel de 5 000 $ est versé au Comité de développement social de la Baie-James pour assumer ses frais de fonctionnement.

Santé, sécurité et soutien social aux aînés

Dans un souci d'améliorer et de maintenir la qualité de vie et l'épanouissement des aînés, la Direction de santé publique s'est fixé des objectifs pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes, les abus et l'isolement. Comme les activités sont orientées vers les milieux de vie et que d'autres organismes disposent de programmes-services à l'intention de cette clientèle, une collaboration s'avère nécessaire afin d'augmenter l'efficacité des actions et ainsi, diminuer la vulnérabilité des personnes âgées.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'organisation s'est associée, en octobre 2009, à la Conférence régionale des élus de la Baie-James qui, dans le cadre de son entente spécifique sur les aînés, a organisé la présentation de la pièce de théâtre *Réveille-toi Arthur* visant à sensibiliser la population aux abus envers les aînés. La pièce à été présentée à Chibougamau et à Lebel-sur-Quévillon. Un moyen de transport était offert afin que la population de Chapais et de Matagami puisse y assister. Près de 250 personnes, aînées pour la plupart, ont assisté aux représentations. Afin d'atténuer les inquiétudes et l'anxiété que les personnes présentes pouvaient ressentir en reconnaissant dans la pièce de théâtre des situations semblables à celles vécues dans leur vie, une entente a été prise avec les centres de santé de la région afin que des intervenants psychosociaux soient présents lors de la représentation pour leur apporter assistance si cela s'avérait nécessaire.

Consultation régionale sur la pauvreté et l'exclusion sociale

La Présidence-direction générale et la Direction de santé publique ont été conviées à participer aux *Rendez-vous de la solidarité 2009*, en vue de la préparation du deuxième *Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* pour lequel une tournée des régions a été effectuée par des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. La tournée s'est arrêtée à Chibougamau le 8 décembre 2009. Pour l'occasion, l'ensemble des acteurs régionaux ont été appelés à présenter l'état de situation régionale de même que les pistes d'action à privilégier pour intervenir efficacement afin de contrer la pauvreté et les inégalités sociales au Nord-du-Québec.

École en santé

L'approche *École en santé* se caractérise par une démarche de planification concertée et des outils en vue de déployer les meilleures pratiques de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire. Au cours de l'année 2009-2010, le rôle des intervenants de la santé au regard de l'accompagnement des comités *École en santé* a davantage été précisé, afin de fournir l'expertise santé adaptée à la problématique identifiée par ces comités. Également, une démarche de révision de l'offre de service en promotion de la santé et en prévention a été entreprise, en cohérence avec les besoins des établissements scolaires. La démarche se poursuivra en 2010-2011.

Bulletin *À votre santé*

Ce bulletin publié quatre fois par année est destiné prioritairement à tous les intervenants de première ligne afin de mettre à jour leurs connaissances dans le domaine des pratiques cliniques préventives (PCP). Il s'adresse également aux gestionnaires de l'organisation car il renferme des données sociosanitaires permettant ainsi de mieux préciser l'offre de service pour l'ensemble de la région.

Les sujets traités la dernière année sont :

- Juin 2009 : *Pour profiter pleinement des plaisirs de l'été, pensons prévention*, décrit les mesures à appliquer pour prévenir l'insolation, les coups de chaleur, les réactions allergiques aux piqûres d'insectes ainsi que les morsures d'animaux.
- Septembre 2009 : *La vaccination : un grand succès de la médecine.* Un jeu-questionnaire ayant pour thème *Les vaccins sont-ils efficaces ? Quels sont les effets secondaires ? Donne-t-on trop de vaccins ?*.
- Décembre 2009 : en raison de la vaste campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) à l'automne 2009, cet exemplaire n'a pas été publié.
- Mars 2010 : *Quand la science prouve que la nature fait bien les choses*, passe en revue les principales pratiques reconnues efficaces en périnatalité : le contact peau à peau, la cohabitation avec le bébé et l'allaitement maternel.

DOMAINE DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ADAPTATION ET DE L'INTÉGRATION SOCIALE

La Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie

Cette année a été marquée par la formation d'un groupe de travail qui a permis de définir les rôles, les responsabilités et les tâches de toutes les directions du CRSSS de la Baie-James impliquées dans la Politique de périnatalité. Quatre directions composent ce groupe de travail soit :

- la Direction de santé publique;
- la Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels;
- la Direction des soins infirmiers et des programmes ;
- la Direction de la qualité, des risques et des ressources informationnelles.

Les objectifs de cette concertation sont de dresser un état de situation de l'offre de service en périnatalité, de s'assurer du déploiement de la politique selon les priorités établies et d'assurer le suivi de l'offre de service à l'intérieur du continuum de santé.

Formations en périnatalité et en petite enfance

Afin de soutenir les intervenants dans les dossiers « périnatalité » et « petite enfance », diverses formations ainsi qu'une conférence ont été offertes au cours de l'année :

- L'*Initiative des Amis des Bébés, une histoire de cœur* : la conférencière a su vulgariser les attentes de l'IAB et elle a présenté la naissance comme un processus physiologique naturel. Au total, 17 intervenantes et chefs des programmes et des services ont assisté à la conférence.
- L'*Initiative des Amis des Bébés* : la formation nationale de base en allaitement maternel a été donnée à Chibougamau, à Lebel-sur-Quévillon et à Matagami en 2009. Au total, 32 personnes se sont prévalues de cette formation.
- *Module 1 : consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des SIPPE* : cette formation a été offerte dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité; elle a permis de former 7 nouvelles intervenantes dans les centres de santé et les organismes communautaires de la région.
- *Réflexion sur l'intervention en périnatalité et pour la petite enfance en contexte de pauvreté* : cette formation s'inscrivait également dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Au total, 19 intervenants ont eu la chance d'échanger sur le thème *Faire face à la pauvreté dans une société riche. Les enjeux : survivre, préserver ce qui peut l'être, sa dignité, son identité personnelle et sociale.*

Projet d'une clinique de périnatalité au Centre de santé de Chibougamau

La *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie* et le document *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité* créés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1999, stipule que : *la période prénatale est idéale pour diffuser l'enseignement susceptible de favoriser un congé précoce en toute sécurité, de faire la promotion de saines habitudes de vie et de transmettre des informations aux parents concernant la prévention de certaines problématiques.*

C'est dans cette optique que le projet de la clinique de périnatalité au Centre de santé de Chibougamau s'oriente. Cette clinique vise à poursuivre la rencontre individuelle entre la 6e et la 10e semaine de grossesse et à implanter une deuxième visite avec une infirmière entre la 26e et la 28e semaine de grossesse. L'objectif général étant d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services offerts à toutes les femmes enceintes et à leur famille au cours de la grossesse.

Une évaluation de ce projet est en cours. Les résultats devraient être accessibles en 2011 et selon l'évaluation, le projet pourrait s'étendre à toute la région.

Création de la Table des intervenants psychosociaux en prévention

Dans le but d'actualiser les mesures du plan d'action en santé publique et de développer une expertise régionale en prévention dans les domaines psychosociaux, la Direction de santé publique ainsi que les cinq centres de santé de la région se sont associés afin de créer la Table des intervenants psychosociaux en prévention. Pour chacun des centres de santé, un intervenant pivot pour les programmes de prévention a été identifié. Celui-ci sera appelé à participer à une communauté de pratique qui jouera un rôle important dans :

- le développement des meilleures pratiques en prévention dans la région;
- le partage des connaissances et de l'expertise;
- la détermination des moyens à mettre de l'avant pour atteindre les objectifs de santé publique.

DOMAINE DES HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES

Activité de promotion des saines habitudes de vie

Au cours de l'année, la Direction de santé publique et les centres de santé ont participé activement à plusieurs grandes campagnes sociétales et plusieurs activités en lien avec ces campagnes ont obtenu des taux de participation importants.

Défi Santé 5/30 Équilibre

La région du Nord-du-Québec a remporté la Coupe Or pour une troisième année consécutive. Cette coupe est décernée à la région ayant obtenu le plus haut taux de participation, avec 399 inscriptions.

Défi J'arrête, j'y gagne!

Pour une quatrième année consécutive, la région du Nord-du-Québec s'est encore une fois démarquée en remportant la Coupe Or, avec 63 participants.

Campagne Plaisirs d'hiver de Kino-Québec

Plusieurs activités hivernales ont été organisées dans chacune des communautés de la région: journée hivernale au Mont-Chalco de Chibougamau, randonnée au flambeau, carnaval d'hiver, glissade familiale, etc. Également, dans le cadre de cette campagne et dans le but de rendre des raquettes accessibles à la population, un projet de prêt a vu le jour à Matagami et à Lebel-sur-Quévillon. Avant d'être implanté dans d'autres municipalités, ce projet fera l'objet d'une évaluation.

Concours École Active 2009 de Kino-Québec

Les partenaires financiers pour cette campagne sont le Mouvement jeunesse Baie-James (6 000 $), la Commission loisirs et sports Baie-James (1 000 $) et la Direction de santé publique (1 036 $). Ce partenariat a permis à trois écoles du primaire et deux écoles du secondaire de se partager un montant de 8 036 $ afin de promouvoir l'aménagement ou l'achat d'équipement favorisant l'activité physique et la promotion de la sécurité et de l'éthique dans le cadre d'activités physiques et sportives.

Fruits et légumes en vedette

Au total, 11 restaurateurs ont participé à la campagne *Fruits et légumes* en vedette; soit 4 de plus que l'an dernier.

Partenariat avec *Québec en Forme*

Québec en Forme (QEF) et le CRSSS de la Baie-James ont reconduit, pour une seconde année, l'entente de service prévoyant que le mandat d'un agent de développement régional Québec en Forme soit confié à un agent de planification, de programmation et de recherche à la Direction de santé publique.

Ce partenariat a permis au Comité jamésien de promotion des saines habitudes de vie, mandataire régional du projet Québec en Forme, de développer un plan d'action régional qui sera déposé auprès de Québec en Forme au printemps 2010. La demande, adressée à Québec en Forme inclut des actions de communication, de formation régionale et d'analyse politique des milieux; elle se chiffre à 19 000 $.

Ces divers partenariats ont permis d'amorcer le travail de mobilisation dans toutes les communautés de la région. À la suite de l'envoi de la demande de financement pour l'année 2009-2010 à Québec en Forme, le regroupement des partenaires de Chibougamau a reçu un montant de 56 000 $ pour la mise en œuvre de son plan d'action. De plus, trois regroupements de partenaires (Chapais, Chibougamau et Matagami) ont préparé leurs plans d'action pour l'année 2010-2011. Les projets se chiffrent à plus de 180 000 $. Les plans d'action seront analysés par le Comité jamésien en promotion des saines habitudes de vie avant d'être déposés auprès de Québec en Forme. Pour ce qui est des autres communautés de la région, trois autres comités d'action locaux ont été formés soit à Lebel-sur-Quévillon, à Radisson et un qui regroupe les partenaires de Villebois et Valcanton. Les travaux sont en cours afin que chaque regroupement développe un plan d'action visant l'amélioration d'un mode de vie physiquement actif et de la saine alimentation auprès des enfants de 0 à 17 ans.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Initiée par la Société canadienne du cancer, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a lancé, en février 2010, une campagne régionale ayant pour thème *Offrez le MÉMO-MAMO!* Cette campagne vise à inciter les femmes de 50 à 69 ans à participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Quelques affiches, avec pour porte-parole l'humoriste québécoise madame Lise Dion, ont été diffusées et plusieurs porte-clés « MÉMO-MAMO » ont été remis aux femmes lors d'une consultation avec un clinicien ou lors d'une activité de groupe sur la sensibilisation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le porte-clés, en apparence ludique, permet d'illustrer – voire de rendre palpable – l'acuité avec laquelle une mammographie permet de détecter une bosse suspecte d'une grosseur qu'il serait impossible à découvrir autrement. Celui-ci indique clairement que la mammographie permet de déceler une anomalie très tôt, même en l'absence de tout symptôme. La campagne se poursuit et des porte-clés sont distribués à la clientèle ciblée de la région.

DOMAINE DES MALADIES INFECTIEUSES

Maladies à déclaration obligatoire

Au cours de l'année 2009-2010, au total, 26 enquêtes épidémiologiques ont été réalisées dans la région du Nord-du-Québec. Les motifs pour lesquels ces enquêtes ont été réalisées sont : l'influenza A(H1N1), les infections invasives à Streptocoque du groupe A, les morsures d'animaux et les infections à la Salmonelle.

DOMAINE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La santé environnementale s'intéresse aux interactions entre différents agents chimiques, biologiques ou physiques présents dans l'environnement et à leurs effets sur la santé. Elle analyse plus particulièrement les impacts des activités humaines sur l'environnement et leurs effets sur la santé des populations.

Les principaux dossiers qui ont retenu l'attention au cours de la dernière année sont :

- Dossier uranium : en effet, une compagnie minière fait en ce moment de l'exploration sur un site minier uranifère potentiel sur le territoire. Afin d'informer adéquatement la population sur les effets à la santé de l'uranium et du radon, il y a eu quelques séances d'information parrainées par la Conférence régionale des élus et auxquelles participaient des experts dans le domaine.
- Mercure dans le poisson : il y a eu un suivi des recommandations sur la consommation de poissons provenant de certains plans d'eau de la région.
- Suivi de la qualité de l'eau de consommation : c'est le problème de santé environnementale le plus important et récurrent pour la région, car on dénombre une douzaine de réseaux municipaux ainsi que plus de 40 petits réseaux en entreprise qui s'approvisionnent pour la plupart par de l'eau de surface ayant subi une simple désinfection (chloration). L'absence d'un traitement adéquat rend ces réseaux particulièrement vulnérables à la contamination microbienne. Heureusement, quelques municipalités ont entrepris des travaux de modernisation de leurs réseaux afin de les rendre conformes aux nouvelles normes.
- Intoxications à déclaration obligatoire : chaque année quelques cas d'intoxication sont rapportés à la Direction de santé publique, la majorité d'entre eux survenant en milieu de travail. On parle ici surtout de plomb et de monoxyde de carbone.
- Qualité de l'air intérieur : la Direction de santé publique reçoit de plus en plus de demandes sur la présence de moisissures en milieu intérieur, ce qui témoigne d'une préoccupation et d'une vigilance croissante de la population vis-à-vis de ce type de contaminant. Bien que nous ne possédions aucune donnée fiable en regard de cette problématique, il va de soi que les demandes augmenteront au cours des prochaines années étant donné le vieillissement et la vétusté de nombreuses habitations.

DOMAINE DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Autre particularité de la région, la coordination de l'ensemble des activités reliées au domaine de la santé au travail pour les localités de Chibougamau et Chapais relève de la Direction de santé publique du Saguenay – Lac-Saint-Jean, tandis que pour les localités de Matagami et de Lebel-sur-Quévillon elles relèvent de la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce rapport ne concerne que les activités réalisées par l'équipe de santé au travail de Chibougamau-Chapais.

Le territoire desservi par l'équipe basée à Chibougamau englobe les localités de Chibougamau et de Chapais ainsi que différents sites miniers et forestiers situés sur le territoire de la Municipalité de Baie-James, dont certains sont réellement isolés (à plus de 250 km) ce qui ne facilite pas la tâche de l'équipe.

Près de 110 établissements des groupes prioritaires 1, 2 et 3 reçoivent des services directs des professionnels de l'équipe, ce qui représente environ 2 200 travailleurs, la majorité œuvrant dans les secteurs forêts, mines, bâtiments et travaux publics (BTP) et les services publics (municipalités, ministères, etc.).

En 2009, en accord avec l'Entente de gestion signée entre la CSST et les agences, beaucoup d'énergie a été déployée pour rejoindre les travailleurs du secteur BTP. Les contaminants que sont la silice et l'amiante ont été priorisés pour 2009 (et 2010) lors de l'élaboration du Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE).

L'autre dossier qui a mobilisé les ressources est celui de la grippe A(H1N1). En effet, le réseau de santé publique en santé au travail a été interpellé pour prêter main-forte aux équipes des centres de santé et des services sociaux autant pour la vaccination de masse que pour donner du soutien dans les autres services. De plus, le virus A(H1N1) ayant été retenu comme facteur de risque dans l'application du Programme pour une maternité sans danger (PMSD), le médecin responsable a dû réévaluer plusieurs dossiers relatifs à ce programme afin d'ajuster ses recommandations au consensus provincial.

FONCTION DE SURVEILLANCE, DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Surveillance active de la grippe A(H1N1)

La Direction de santé publique a développé un système régional de surveillance pour assurer une surveillance constante de la grippe A(H1N1) dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Les rapports de surveillance de la grippe A(H1N1) étaient publiés deux fois par semaine, chaque mardi et vendredi durant la période de la pandémie. Ces rapports étaient transmis aux cliniciens, aux gestionnaires et aux professionnels de la santé du CRSSS de la Baie-James et leur permettaient de suivre l'évolution de l'activité grippale dans la population jamésienne (c'est-à-dire déterminer le début, le pic et la fin de la période épidémique ou pandémique) et d'évaluer l'impact de celle-ci sur la population en termes de morbidité et de mortalité.

Rapport d'évaluation du projet *Prévention boissons énergisantes* dans le cadre de la Rencontre Jeunesse Nord-du-Québec.

En mai 2009, s'est déroulée à Lebel-sur-Quévillon la 8e édition de la Rencontre Jeunesse Nord-du-Québec, un rassemblement à caractère sportif et culturel qui s'adresse aux jeunes âgés de 9 à 17 ans. Cette activité a pour objectif de permettre aux jeunes de partout en Jamésie de se rencontrer et de fraterniser, contribuant ainsi à augmenter le sentiment d'appartenance envers la Jamésie.

C'est dans ce cadre que le comité prévention sur les boissons énergisantes, par l'entremise de l'intervenante en dépendances du Centre de santé de Lebel, a créé un outil promotionnel de prévention dont le but est de favoriser une hydratation non toxique durant une activité physique. L'équipe de surveillance, recherche et évaluation, a mis sur pied un projet visant l'évaluation de cet outil. Or, en raison du faible échantillonnage de participants à l'évaluation, le rapport ne

permet pas de mesurer l'atteinte des objectifs de l'activité, dont celle de promouvoir un changement de comportements face à la consommation des boissons énergisantes.

SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Organisation des services pharmaceutiques

Cette année, la présence de l'équipe de la pharmacie 7 jours sur 7, avec l'ouverture du département la fin de semaine depuis novembre 2009, a permis la validation d'un plus grand nombre d'ordonnances et a amélioré la qualité des services offerts tant auprès de la clientèle que du personnel médical et infirmier.

Dans le cadre de l'extension de la clinique d'anticoagulothérapie à la clientèle de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami, les pharmaciennes ont utilisé les appareils de télépharmacie pour la majorité des rencontres initiales lors du transfert de la clientèle. Les résultats se sont révélés intéressants et ont facilité le contact entre le pharmacien et le client. Depuis ce temps, les nouveaux clients de toute la région ont la possibilité d'être rejoints dans le cadre de l'enseignement initial nécessaire à un traitement d'anticoagulothérapie.

Le *Bilan comparatif des médicaments* (BCM) a été implanté en premier lieu à l'unité de médecine du Centre de santé de Chibougamau lors de l'admission et du transfert ainsi qu'au moment du congé de la clientèle. Durant la période d'implantation, 51 % de la clientèle hospitalisée en médecine-chirurgie et aux soins optima à Chibougamau a reçu un bilan comparatif de médicaments. Si l'on exclut les clients qui ont quitté l'établissement en dedans de 72 heures (limite fixée par Agrément Canada), le taux de réalisation grimpe à 69 %.

Dans le but d'étendre la pratique du *Bilan comparatif des médicaments* à l'ensemble de l'établissement, un plan d'implantation a été élaboré et sera présenté aux différentes instances (comité de pharmacologie, comité de gestion des risques, etc.). L'installation des appareils de télépharmacie dans tous les centres de santé facilitera la réalisation de cette activité. Nous prévoyons atteindre la réalisation du *Bilan comparatif des médicaments* pour l'ensemble de la clientèle de notre établissement d'ici la fin de l'année 2010-2011.

Les chariots unidoses ainsi que la FADM (feuille d'administration des médicaments) électronique sont en place en soins de courte durée au Centre de santé de Chibougamau. L'installation du niveau de sécurité 3 a été finalisée et la formation du personnel infirmier s'est réalisée par visioconférence pour les trois centres de santé concernés. Le comité d'implantation a procédé au déploiement des chariots unidoses et conséquemment à la transformation du mode de distribution « multidose » vers une distribution quotidienne en « unidose » depuis février 2010. Ce nouveau mode de distribution rencontre les objectifs d'Agrément Canada et du comité ministériel SARDM (système automatisé et robotisé de distribution des médicaments) et représente des gains intéressants en termes d'économie de temps sur les unités de soins pour la préparation des médicaments à administrer de même qu'en terme de sécurité entourant le circuit des médicaments.

Les chariots de distribution « unidose » ont été livrés dans les centre de santé à Lebel-sur-Quévillon et à Matagami. Le personnel infirmier concerné a participé à la formation par visioconférence, cependant il reste quelques adaptations à réaliser pour l'utilisation de ces équipements. Il en va de même pour la FADM électronique.

En ce qui concerne l'interface entre le logiciel de la pharmacie (CGSI) et celui de l'admission soit l'index-patients et accueil – départ – transfert (ADT), il est en fonction depuis le 19 janvier dernier et ce pour les trois centres hospitalisant de

la clientèle. En effet, l'acquisition de cette technologie de l'information, est un élément essentiel pour la gestion rapide, efficace et sans erreur des activités reliées au traitement des ordonnances à la pharmacie, ainsi qu'à celles reliées à la gestion de la médication à l'unité de soins.

Laboratoires de biologie médicale

Un projet d'entente a été convenu avec les médecins-biochimistes afin d'assurer le soutien aux professionnels, notamment par des visites régulières dans la région. Les médecins consultants supervisent le fonctionnement général du laboratoire. Ils contribuent à l'amélioration de la qualité, de l'efficience et de la sécurité des services de biologie médicale en révisant les pratiques actuelles de laboratoire et en apportant, au besoin, les modifications nécessaires conformes aux normes spécifiques de qualité.

De plus, afin de répondre aux exigences de la norme CAN/CSA-Z15189, l'organisation a signé des contrats de service avec les laboratoires fournissant des services de biologie médicale.

Le bilan de l'année 2009-2010 a permis de constater une importante augmentation de la production des services de biologie médicale. En effet, par rapport à l'année de référence 2006-2007, on observe les taux de croissance suivants :

- une hausse de 18 % des procédures ;
- une hausse de 27 % des unités pondérées (UP) totales (65 % des UP achats et 21 % des UP locales).

Accès aux centres de prélèvements

En raison de la pandémie de la grippe A (H1N1), une seule enquête d'accessibilité aux centres de prélèvements a été effectuée au cours de l'année, celle prévue à l'automne a été annulée. L'enquête réalisée dans la semaine du 4 au 9 mai 2009 inclusivement, présente les résultats suivants :

- L'accès aux prélèvements est offert avec rendez-vous dans trois sites, pour un nombre total de 21 heures, et sans rendez-vous dans deux sites, pour un nombre total de 30 heures.
- Au cours de l'enquête, 345 prélèvements ont été réalisés, avec un temps moyen de 13,83 minutes consacrées par personne prélevée.
- L'attente lors des rendez-vous respecte la norme ministérielle, elle se situe en moyenne à 10,8 jours.
- Le «temps de réponse» soit le temps d'attente de l'usager lorsque celui-ci est présent pour la réalisation de son prélèvement est conforme à la norme ministérielle dans 97 % des cas, lequel ne devrait pas excéder 60 minutes.

Accessibilité au service de chirurgie

Au cours de l'année 2009-2010, des activités ont été réalisées dans le but d'améliorer et d'uniformiser l'accessibilité au service de chirurgie. Parmi ces activités, on retrouve :

- la mise en place d'une procédure pour assurer une saine gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente ;
- la présentation régulière au conseil d'administration des résultats d'une analyse de l'efficacité du mécanisme central de gestion de l'accès aux services, notamment en lien au temps d'attente pour les usagers, entre le

moment de leur inscription sur la liste d'accès prévue et celui de l'obtention des services spécialisés ;
- la mise en place de plages horaires dédiées aux endoscopies lors de trois fins de semaine;
- la mise en place d'heures dédiées à une agente administrative pour assurer une gestion efficace de l'accessibilité au service de chirurgie via le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS);
- l'installation du système d'information pour les salles d'opération (SISOP) afin d'assurer la gestion optimale des listes d'attente en chirurgie.

En 2009-2010, le nombre total de chirurgies effectuées s'élève à 478 dont 440 chirurgies électives et 38 chirurgies en urgence. Parmi les chirurgies électives réalisées, 89% l'ont été dans un délai d'attente inférieur à 6 mois et la durée moyenne d'attente pour une chirurgie élective est de 9 semaines. Au terme de l'année financière, 95 demandes de chirurgies sont en attente dont 9 depuis plus de six mois. Toutes les demandes hors-délai sont analysées et justifiées. Comparativement à l'année précédente, les données révèlent une diminution de 55% des chirurgies réalisées en urgence. Enfin, on note une augmentation de 28% des endoscopies, passant de 421 à 538, en raison d'une plus grande accessibilité. La durée moyenne d'attente pour les endoscopies diagnostiques était de 29 semaines en 2009-2010.

Télésanté

La Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels a continué à représenter la région au Comité directeur de télésanté du RUIS McGill tout au long de l'année. Le mandat de ce comité est d'assurer la planification, l'implantation, la gestion et l'évaluation des activités de télésanté. La phase d'implantation du projet de centres virtuels des services de santé et de services sociaux (CVSSS) a débuté au cours de l'année. L'objectif du projet est d'implanter quatre volets cliniques de télémédecine qui ont été priorisés, soit : la télécardiologie, la télépsychiatrie, la téléoncologie et la téléobstétrique pour rendre accessibles des services spécialisés, et ce, le plus près possible du domicile du patient.

Le RUIS présentera le projet à l'organisation au cours de la prochaine année et l'établissement devra confirmer son engagement dans les travaux de réalisation de la phase d'implantation du projet.

Radiologie

Pour ce qui est de la qualité des services, les comités assurant le suivi des recommandations du Conseil canadien d'agrément de santé et de services sociaux ont continué leurs travaux.

Les quatre services de radiologie ont reçu la visite de l'Ordre des technologues en imagerie médicale et de la radio-oncologie (OTIMRO). Le suivi des recommandations est en cours.

De nouvelles techniques ont été appliquées en radiologie comme : les examens d'orthographie, d'infiltrations et de bloc facettaire et de bris calcaire. La clientèle évite ainsi de se déplacer à l'extérieur, permettant ainsi d'assurer une meilleure accessibilité aux services.

Réadaptation

L'année 2009-2010 a été une année de restructuration clinique pour l'ensemble des trois secteurs de la réadaptation. La rédaction des lignes directrices cliniques en ergothérapie et en orthophonie ainsi que l'élaboration des guides d'admission et de priorisation des clientèles en ergothérapie et en physiothérapie au CS de Chibougamau a servi à la réorientation du service. Enfin, le déploiement du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité a permis de débuter la clarification de l'offre de service, notamment en pédiatrie.

Banque de données scientifiques probantes

Suite à la signature d'une entente avec l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, tous les professionnels du CRSSS de la Baie-James dédiés aux programmes-services en santé mentale ainsi qu'aux services psychosociaux et de réadaptation physique ont, depuis cette année, accès à des services en matière de documentation scientifique. En plus des recommandations du Conseil québécois d'agrément de santé et de services sociaux, nos particularités régionales, comme l'éloignement des ressources universitaires, le nombre restreint d'intervenants par programme-services, les responsabilités multiprogrammes/multiclientèles rattachées à ceux-ci et l'isolement de chacun des centres de santé, occasionné par les grandes distances enregistrées entre eux, ont motivé notre organisation à donner accès à des données scientifiques probantes afin de soutenir les professionnels dans l'exercice de leur pratique.

Stérilisation

En début d'année, un état de situation sur le processus opérationnel de la stérilisation a été effectué. Il est devenu évident qu'une orientation régionale devait être prise pour performer dans ce secteur d'activité et nous assurer que nos installations continuent de répondre aux normes de qualités édictées aux niveaux provincial et fédéral. Étant donné que les normes de la *Canadian Standards Association* (CSA) sont de plus en plus exigeantes, la Présidence-direction générale a mandaté la responsable régionale de la stérilisation, en collaboration avec le chef des programmes et des services responsable de la stérilisation au Centre de santé de Chibougamau, pour faire un rapport des activités de chaque centrale de stérilisation dans les centres de santé de la région. L'un des buts de cette démarche est de faire des recommandations sur l'organisation possible, sécuritaire et à meilleur coût dans une vision régionalisée.

Qualité de l'air

Suivant les recommandations du cadre de référence sur la qualité de l'air et à la demande de l'équipe d'entretien du bâtiment, deux ventilateurs HEPA (*high efficiency particulate air*) ont été achetés afin de permettre d'assurer une pression négative dans les sas utilisés. Ceci améliore grandement la qualité de l'air de travail tout en sécurisant la santé de l'équipe et de la clientèle lorsque les travaux se déroulent en milieu de soins. De façon plus spécifique, nous nous assurons que le confinement des poussières soit fait avec plus d'efficacité lors de travaux de démolition, de réparation, de rénovation, de construction et d'entretien pour le maintien d'une bonne qualité de l'air dans les centres de santé.

Mesures de contrôle et d'isolement

L'objectif de réduire l'utilisation des mesures de contrôle en favorisant l'utilisation des mesures de remplacement a été poursuivi cette année. Un cadre de référence répondant aux normes ministérielles est maintenant disponible et diffusé. Il permet de mieux encadrer la pratique des professionnels.

La formation nationale *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* a été offerte aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes. Le taux de personnel formé atteint 77 %, ce qui dépasse la cible ministérielle de 66 %.

Le bilan de l'implantation de ces mesures permet de constater une diminution de plus d'un tiers de l'utilisation des contentions physiques à l'unité du milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau à l'intérieur d'une période de six mois. De même, on observe une décroissance très significative de l'utilisation des ridelles de lit. Le personnel impliqué et les résidants du milieu de vie sont très satisfaits des changements apportés.

Contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse

C'est en mai 2008 qu'est entré en vigueur le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière et un infirmier auxiliaire provenant de l'article 95 du Code des professions. Les infirmières auxiliaires peuvent désormais exécuter de nouvelles activités, sauf chez la clientèle en néonatalogie et en pédiatrie. Le programme de formation sur la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse a été élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et est disponible depuis le mois de juin 2009. D'une durée de 21 heures, cette formation a été offerte au personnel à compter de l'automne 2009. Après cette formation, les infirmières auxiliaires doivent effectuer les trois activités professionnelles ciblées devant une infirmière, et ce, à trois reprises afin de pouvoir obtenir la certification de l'OIIAQ pour exécuter la thérapie intraveineuse de façon autonome.

Actuellement, 88 % des infirmières auxiliaires de la région ont été formées, il s'agit du plus haut taux obtenu au Québec. Nous sommes fiers de cet avancement et nous avons réussi à respecter nos délais malgré la période pandémique. De plus, l'organisation a décidé de former la totalité des infirmières auxiliaires à notre emploi.

Ordonnances collectives

Le CRSSS de la Baie-James a élaboré et révisé 18 ordonnances collectives pour le secteur de l'hémodialyse, ce qui est un avancement considérable pour l'exercice infirmier et pour le personnel spécialisé de ce secteur d'activité.

L'ordonnance collective de contraception hormonale a été adoptée au cours de l'année 2009 et est en vigueur pour les centres de santé de Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Cette nouvelle ordonnance est basée sur le Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale de l'OIIQ et ajustée selon notre réalité, conjointement avec les médecins et les pharmaciens. Le modèle provincial de l'ordonnance collective en contraception hormonale a pour but d'améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives pour les femmes en bonne santé, et ce, pour une durée de six mois. Il s'agit d'une stratégie pouvant contribuer à réduire le nombre de grossesses non planifiées et le nombre d'interruption volontaire de grossesse au Québec en offrant à la femme la possibilité de rencontrer une infirmière formée possédant les compétences, les habiletés et le jugement clinique requis afin d'exercer cette tâche. Le Ministère déploiera des outils promotionnels (affiches et dépliants) pour aviser la population de ce nouveau service.

Également, nous avons élaboré et révisé d'autres ordonnances collectives, entre autres celle sur le prélèvement de l'ERV et du SARM pour le dépistage et la mise en isolement.

Toutes ces ordonnances collectives ont reçu l'aval du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la région ainsi que du conseil des infirmiers et infirmières (CII).

Nouveau modèle conceptuel en soins infirmiers

Basée sur une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients, le modèle conceptuel en soins infirmiers (McGill) encourage une approche centrée sur la famille et l'environnement plus que sur l'individu lui-même. Avec eux, et pour répondre aux besoins qu'ils expriment, l'infirmière choisit les interventions et les activités qui tiennent comptent de leurs buts, de leurs capacités, de leurs potentiels et de leurs forces. Ce modèle est compatible avec celui de Virginia Henderson.

L'implantation de ce modèle a débuté par l'affectation d'une ressource comme chargée de projet. La période de formation de la chargée de projet s'est terminée en avril 2010. Au cours des prochains mois, le personnel en soins infirmiers de la région sera formé sur ce nouveau modèle de soins. Des documents sont mis à jour afin d'intégrer le modèle dans les activités quotidiennes des infirmières. La formation sera basée sur les connaissances actuelles des professionnels.

Plan thérapeutique infirmier

L'importance du plan thérapeutique infirmier (PTI) pour la sécurité et la qualité des soins infirmiers est reconnue dans la Loi sur les infirmières et infirmiers (L.R.Q. I-8) et rend obligatoire pour le personnel infirmer l'intégration de la norme de documentation pour chaque usager hospitalisé, hébergé ou ayant besoin d'un suivi clinique infirmier, et ce, à compter du 1er avril 2009. Au 31 mars 2010, le plan thérapeutique infirmier est complété dans 87,5 % des dossiers pour lesquels un PTI est nécessaire.

La grande majorité (89 %) des infirmières et (86,8 %) des infirmières auxiliaires ont été formées. Des audits de dossier ont été faits selon des indicateurs de qualité. Il reste à s'assurer que le contenu du plan thérapeutique infirmier soit plus précis et qu'il y ait un continuum avec la note d'évolution de l'infirmière.

Guides en périnatalité

Le comité de travail interdisciplinaire (médecin, pharmacien et infirmière), mis sur pied l'an dernier, en vue d'harmoniser les pratiques professionnelles, a produit trois nouveaux guides.

Le protocole de déclenchement ou stimulation du travail avec oxytocine a été révisé pour répondre aux nouvelles recommandations.

Le suivi obstétrical régulier en périnatalité est un deuxième document qui a été mis à jour avec les nouvelles données relatives au suivi obstétrical. Celui-ci établit le suivi et les surveillances à faire en ante-partum et en post-partum, lors des visites médicales et des tests de réactivité fœtale (TRF) ainsi que lors du bilan de pré-éclampsie.

Enfin, l'ordonnance collective A-7.1 Hypoglycémie chez le nouveau-né a été élaborée afin de cibler les nouveau-nés à risque, d'encadrer le processus pour le dépistage et d'intervenir rapidement pour les nouveau-nés. Elle permet au personnel infirmier d'intervenir plus rapidement et efficacement en collaboration avec l'équipe médicale.

Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO)

Le CRSSS de la Baie-James a été le dixième établissement au Québec à adhérer au programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) de la Corporation Salus Global. Ce programme, instauré dans le but d'harmoniser et de standardiser la pratique du Service d'obstétrique, répond également aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

L'équipe de base est composée de dix cliniciens ou gestionnaires, lesquels sont responsables de mettre en place les exercices de compétences. L'équipe a reçu la formation théorique d'une journée pour poursuivre ses travaux et la planification du module 2 avec les membres. Ce programme est très bénéfique au plan de l'amélioration des connaissances et de la qualité des soins ainsi que pour les services offerts à la clientèle.

Infirmière praticienne spécialisée

En toute fin d'année, nous avons finalisé le dossier de recrutement d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) en services de première ligne. En effet, nous avons retenu les services d'une IPS qui devrait débuter en juin 2011. Pour réaliser ce projet, nous bénéficierons d'une entente de collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, lequel investira 60 000 $ la première année et 40 000 $ la deuxième année. Le CRSSS de la Baie-James, quant à lui, investira 200 000 $ durant les trois premières années d'embauche du professionnel.

Préceptorat

La Table de concertation sur la main-œuvre en soins infirmiers (MSSS) demandait à chaque établissement de mettre en place un programme de préceptorat. Le préceptorat est un programme visant à soutenir les infirmières et les infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience en offrant une heure par semaine de soutien professionnel pour une durée de 6 mois. Des séances d'information ont été offertes aux différentes instances telles que le comité de gestion en soins infirmiers, la Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation, le syndicat et le comité de direction. Le programme a été bien accueilli et présentement, la période d'affichage se poursuit afin de recruter des préceptrices.

Groupe de médecine familiale (GMF)

Le CRSSS de la Baie-James a soutenu la création du groupe de médecine familiale (GMF) Clinique médicale la Grande Ourse à Chibougamau. Le GMF a pour objectif de faciliter l'accès des patients au suivi médical et à la prise en charge globale de leur état de santé. L'organisation clinique d'un GMF favorise en effet une pratique de groupe et resserre la collaboration professionnelle entre les infirmières et les médecins de famille selon une approche interdisciplinaire. De plus, de nouveaux outils informatiques donneront aux médecins un accès accru et simplifié aux résultats d'examens de laboratoire et de radiologie ainsi qu'au suivi pharmacologique des clients. Ces nouvelles façons de faire dégageront du temps au niveau de l'équipe médicale. Ultimement, cette pratique de groupe permettra d'assurer une meilleure prise en charge, notamment des personnes n'ayant pas de médecin de famille.

Soutien à domicile (SAD)

Le déploiement du *Cadre de référence régional en soutien à domicile du CRSSS de la Baie-James*, adopté en janvier 2008, a été complété auprès des équipes de soutien à domicile de l'ensemble des centres de santé. Une nouvelle séquence de déploiement se fera en 2010-2011 auprès des partenaires. Dans le contexte de la pandémie, nous avons également proposé un cadre de référence de fonctionnement au soutien à domicile en cas de pandémie. Il s'agit d'un fonctionnement qui reste à bonifier et à incorporer à nos mesures si une situation similaire se présentait.

Centre de jour

L'intégration sociale et la valorisation du sentiment d'appartenance à sa communauté ont été les objectifs prioritaires du Centre de jour pour l'année 2009-2010. Dans un premier temps, un Jardin des Générations, en collaboration avec la Ville de Chibougamau, a été créé. Il s'agit d'une activité permanente de plantation de fleurs, en collaboration avec des jeunes bénévoles et des organismes communautaires, afin de créer un aménagement paysager estival pour l'ensemble des citoyens de Chibougamau. De plus, de septembre 2009 à la fin de l'année scolaire 2010, un projet intergénérationnel, en partenariat avec l'école primaire Vatican II, a été réalisé. Ce projet avait notamment comme objectifs de promouvoir la création de liens entre les générations, de changer les perceptions sur le vieillissement, d'établir des liens permettant de retrouver des valeurs humanistes, de côtoyer d'autres générations pouvant se sentir aussi seules et démunies, de briser l'isolement et de se sentir valoriser socialement.

En mai 2009, les équipes des centres de jour de Chibougamau et de Chapais, ont effectué une tournée provinciale afin de visiter d'autres centres de jour, de briser l'isolement, d'évaluer et d'observer d'autres modes de fonctionnement pour réviser les leurs et de favoriser une harmonisation des centres de jour de Chibougamau et de Chapais.

Planification régionale de formations

Le CRSSS de la Baie-James est soucieux de soutenir les intervenants dans le mandat qui leur est confié. Dans ce sens, l'équipe sociale de la DAMSSP en collaboration avec les chefs des programmes et des services sociaux des centres de santé a identifié, selon une approche par compétence, les connaissances, les habiletés et les attitudes devant être maîtrisées par les intervenants sociaux, selon leur secteur d'activité. Ainsi, des formations répondant à ces besoins ont été ciblées et ont permis l'élaboration d'un plan de formation.

Présentation de l'offre de services - volet services sociaux

L'organisation a profité de la visite du MSSS en juin 2009, pour réunir l'ensemble des gestionnaires concernés afin d'effectuer une présentation de nos offres de service, plans d'action, requis de service, états de situation, standards à rencontrer et écarts identifiés, tous en lien avec les programmes-services suivants : services sociaux courants, santé mentale, suicide, violence, agressions sexuelles, dépendances, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et déficience physique. Par ailleurs, le volet psychosocial de la Politique de périnatalité 2008-2018 et de celui de la Sécurité civile - mission santé, ont également été présentés.

Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise

Les principales activités liées à la mise en œuvre du Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise ont été réalisées pour 2009-2010 dans le cadre de la traduction en langue anglaise notamment pour le service de nutrition clinique et de la santé en milieu scolaire. Ces services desservent une partie de la clientèle autochtone, d'où la pertinence de traduire des documents pour favoriser l'accessibilité des services à ces usagers.

Outre des activités de traduction de documents, le programme de formation en langue anglaise se poursuit. Cette année, cinq étudiants inscrits en 2008-2009 ont complété leur formation. Ces personnes ont bénéficié de cours d'anglais personnalisés pour développer leurs habiletés en conversation anglaise. Les services d'accueil ont été ciblés, de même que les services de soutien à domicile et les services sociaux ainsi que les services infirmiers en hémodialyse.

LES PROGRAMMES-SERVICES RÉPONDANT À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Visite du MSSS, offre de service 2007-2012

Le 4 juin 2009, les intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que l'ensemble de nos partenaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté (JED) et leurs familles ont été conviés à la présentation de l'offre de service JED et des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Cette présentation a été faite par des représentantes du MSSS, Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et des familles, Service des jeunes et des familles. Cette activité a permis de faire un exercice d'appropriation régionale et de développer une vision commune de l'offre de service à mettre en place.

L'organisation a également suscité la participation des gestionnaires et de certains professionnels travaillant au quotidien à la planification et à la programmation de l'offre de service JED aux journées d'échanges nationaux portant sur l'offre de service 2007-2012, au printemps 2010.

Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ)

Découlant de l'entente de collaboration entre le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux, le comité MELS-MSSS du secteur est, a pour objectif de développer une démarche concertée relative au plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Ce comité a donc travaillé à l'élaboration d'un cadre de référence balisant cette pratique auprès des intervenants des centres de santé, de la Commission scolaire et du Centre jeunesse. Une consultation auprès de nos partenaires du secteur ouest a permis d'en faire le déploiement régional en juin 2009.

En mars 2010, des journées de sensibilisation, visant l'appropriation du cadre de référence, le développement d'un langage commun et d'outils, ont été offertes à Lebel-sur-Quévillon et Matagami aux intervenants psychosociaux ainsi qu'aux partenaires. Ces journées de sensibilisation seront offertes à Chapais et Chibougamau en avril 2010.

Le mandat de la coordonnatrice de l'ÉIJ est élargi au secteur ouest. L'équipe enfance-jeunesse-famille du centre de santé Lebel, ainsi que tous les partenaires œuvrant auprès des enfants et de leurs familles ont été rencontrés afin de les familiariser avec le fonctionnement de l'ÉIJ. Les partenaires sont les animations Pace-Âge, la Maison des jeunes de Lebel-sur-Quévillon, le Centre de la petite enfance (CPE) Sucre d'orge, l'organisme Partenaires à parts égales, ainsi que les directions des écoles Boréale et la Taïga de cette même municipalité.

Loi de la protection de la jeunesse (LPJ)

Une formation de sensibilisation à la LPJ ainsi que des motifs de signalements a été préparée et dispensée en octobre 2009 aux infirmières de l'urgence du CS de Chibougamau.

Plan de formation CHARLIE du MSSS

Plusieurs rencontres ont eu lieu avec la Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et des familles et la Direction des ressources humaines du MSSS. Ces rencontres visaient l'appropriation du plan de formation CHARLIE du

ministère, afin de le diffuser au sein de notre établissement. Ce programme de formation est établi pour outiller le nouvel intervenant, afin qu'il soit en mesure de répondre aux besoins spécifiques des JED et de leurs familles. De plus, il doit être sensibilisé à l'importance du développement continu de ses ***compétences*** (C), afin de travailler dans les CSSS ou les centres jeunesse (CJ). Pour ces établissements, l'***harmonisation*** (H) des pratiques est recherchée pour répondre aux standards de qualité, en identifiant les besoins de formation de tous ceux et celles qui gravitent ***autour*** (A) des jeunes et de leurs familles. Ces nouveaux intervenants ont une grande responsabilité : celle toute particulière de mettre en place des conditions qui favorisent la mise en ***relation*** (R), l'utilisation des acteurs et des ressources du milieu comme ***levier*** (L) d'***intervention*** (I), afin de mieux répondre aux besoins des ***enfants*** (E) et des familles vulnérables. Dans ce contexte, l'appellation ***CHARLIE*** prend donc tout son sens! À ce titre, l'ensemble des chefs des programmes et des services rattachés au programme-services JED et la coordonnatrice de l'ÉIJ ont reçu la formation Projet de vie, au cours de l'année 2009-2010. Ces formations ont été dispensées par des formateurs des régions limitrophes.

Programme national de formation (PNF)

Depuis la mise en place d'un plan de formation pour les intervenants sociaux qui interviennent auprès des JED et leurs familles, par le biais du programme CHARLIE du MSSS, le PNF est devenu le centre de formation de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cette année, les intervenants sociaux du CRSSS de la Baie-James, du secteur est, et certains partenaires dont le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, bureau de Chibougamau, ont reçu la formation *Intervenir auprès de familles vivant en contexte de négligence*. Les gestionnaires de tous les CS ont participé à une journée de sensibilisation, et ce, afin de les informer des pratiques à privilégier auprès de ces familles. Puisque les meilleures pratiques proposent une approche intersectorielle, les directions d'école de la région et ceux des centres jeunesse des régions 02, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, et de la région 08, de l'Abitibi-Témiscamingue ont été invitées à cette activité.

Programme d'intervention de crises et de suivi intensif dans le milieu

Nous avons procédé à l'implantation et la promotion du Programme d'intervention de crises et de suivi intensif dans le milieu (fiche 5, de l'offre de service ministérielle JED) pour le secteur est, en collaboration avec le CS de Chibougamau. La professionnelle détentrice de ce poste a reçu l'ensemble des formations pour rencontrer les standards ministériels reliés à ce service.

DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble*, vise à assurer aux personnes ayant une déficience et à leurs familles, un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables. La première partie vise une résorption complète des listes d'attente existantes au 8 novembre 2008, et ce, dans un délai de deux ans. Au 31 mars 2010, notre engagement est atteint à 89 %.

La deuxième partie visait l'élaboration de notre Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC). Ce dernier a été déposé au Ministère le 31 mars 2009 et les commentaires reçus sont à l'effet qu'il répond aux attentes en ce qui concerne la cohérence des constats régionaux, des objectifs priorisés et des actions proposées. La qualité de notre PRAAC a été également soulignée en ce qui a trait à la gestion standardisée et centralisée, de même que la gestion intégrée. La concertation et la mobilisation régionales qui s'en dégagent sont également perçues comme un gage de réussite. Au

cours de l'année, nos travaux ont permis de définir notre offre de service auprès de la clientèle DI-TED et DP. De plus, une rencontre avec le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Clair-Foyer et le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) La Maison en Abitibi a été tenue en octobre, pour échanger sur les modalités de l'entente visant un complément de services répondant aux besoins de notre clientèle pour le secteur ouest.

Une somme de 37 500 $ a été accordée à notre région pour l'année 2009-2010, annualisée à 75 000 $ en 2010-2011, afin de poursuivre l'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cet investissement a été consacré à la consolidation de notre offre de service en stimulation et intervention précoce afin d'harmoniser les interventions en fonction des meilleures pratiques. Le déploiement du programme incluant de la formation sont prévus pour l'automne prochain.

Table jamésienne pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées

Le CRSSS de la Baie-James participe activement, de concert avec divers partenaires, à développer des actions concrètes visant l'égalité à l'emploi et l'augmentation de la participation sur le marché du travail des personnes handicapées. Les rencontres entres partenaires ainsi qu'un état de situation réalisé par chacun d'eux sont l'occasion privilégiée d'avoir une meilleure connaissance des services offerts à cette clientèle. De plus, les travaux de la Table permettent de documenter les activités locales et régionales réalisées dans le cadre de la stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées. L'ensemble de ces travaux se soldera par l'élaboration d'un plan d'action quinquennal en conformité avec les actions ciblées dans la Stratégie nationale et les priorités régionales identifiées.

DÉPENDANCES

Projet d'optimisation des ressources

Un projet d'optimisation des ressources a été réalisé avec les gestionnaires du secteur est en regard de la réorganisation des services en dépendance. Ce projet a été rendu possible par la clarification des services requis en dépendances, la nécessité d'adapter les pratiques cliniques aux standards et aux nouvelles réalités sociales, les prévisions budgétaires, la préoccupation d'offrir une offre de service conforme aux besoins populationnels et au mouvement de personnel. Ce changement soutient une offre de service globale à un coût raisonnable, qui tient compte des besoins populationnels et cliniques en respectant une hiérarchisation appropriée des services et des mécanismes de standardisation et de coordination, à la proximité des milieux de vie des personnes et de leurs familles.

Clarification de l'offre de service en désintoxication

Un comité de travail a été mis sur pied, d'abord dans le secteur est, pour clarifier l'offre de service en désintoxication. Des échanges sont en cours quant à nos modalités d'entente avec les centres de réadaptation en dépendances de nos régions limitrophes.

Programmes de formation en dépendances pour les CSSS

Nous avons reçu le matériel didactique ayant trait au Programme de formation en dépendances pour les CSSS, incluant le cahier des formateurs et les cahiers des participants, en décembre 2009. Ensuite, nous avons planifié le déploiement des sessions de formation sur l'ensemble du territoire. Le groupe de formation régional en périnatalité recevra la formation en avril 2010. D'autres sessions de formation sont prévues pour le mois de septembre 2010.

SANTÉ MENTALE

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)

Au cours de la dernière année, plusieurs démarches quant à l'organisation des services dans le cadre de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)* ont permis d'en arriver à des résultats probants :

- Au cours de l'année de grands efforts ont permis d'en arriver à la signature de quatre protocoles : ceux de Chapais et Chibougamau, de Lebel-sur-Quévillon, de Matagami et celui de Radisson. Ils ont tous été signés par le CRSSS de la Baie-James et le Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Sûreté du Québec (districts de Chibougamau-Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami ainsi que Radisson), et sont actuellement en vigueur.

- En février dernier, il y a eu la mise en place du *Cadre de référence relatif à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)*. En complémentarité aux protocoles d'entente découlant de cette loi, le cadre de référence permet d'acquérir une vision commune en matière de trajectoire et de dispensation des services, ainsi que des rôles et responsabilités des professionnels intervenant dans le cadre de cette loi.

Entente en psychiatrie avec le CSSS Domaine-du-Roy

Parvenue à sa phase finale, une entente de principe est intervenue entre le CRSSS de la Baie-James et le CSSS Domaine-du-Roy, relativement à l'entente de service en psychiatrie. Ceci permettra de mieux clarifier les transferts interétablissements pour les usagers nécessitant des services spécialisés de deuxième ligne en psychiatrie. La signature de cette entente s'est finalisée au début de l'année 2010-2011.

Service de garde psychosociale du secteur est

À la suite de l'octroi, au cours de l'année 2008-2009 d'une somme récurrente totalisant 50 000 $, un nouveau service est disponible depuis juin 2009 pour les municipalités de Chapais et de Chibougamau, soit le service de garde psychosociale. Offert en dehors des heures de disponibilité régulière des intervenants des centres de santé, soit du lundi au vendredi, de 16 h 30 à 8 h 30, ainsi que les fins de semaines et les jours fériés, à raison de 24 h par jour, il se définit comme un service de crises, offrant l'intervention milieu « face à face », pour une aide ponctuelle et immédiate lors de situations de détresse émotionnelle importante. L'implantation et l'organisation de ce service permettent, entre autres, de rendre plus complète la gamme de services offerts par le CRSSS de la Baie-James à la population de la région, et ce, en continuité aux services déjà existants. L'accessibilité à ce service se fait par le biais du Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Cadre de référence en santé mentale

Faisant suite au portrait de l'offre de service en santé mentale dans chacun des centres de santé de la région, le *Cadre de référence en santé mentale pour le CRSSS de la Baie-James* est en cours de consultation. Tenant compte de la réalité territoriale, incluant les particularités locales, ce cadre de référence vise à se doter d'une vision commune en matière d'organisation et de dispensation de services en santé mentale.

Centres désignés pour les agressions sexuelles

Le CRSSS de la Baie-James dénombre quatre centres désignés, soit : le Centre de santé de Chibougamau, pour les municipalités de Chapais et de Chibougamau; le Centre de santé Lebel, pour la municipalité de Lebel-sur-Quévillon; le Centre de santé Isle-Dieu, pour la municipalité de Matagami et le Centre de santé de Radisson, pour la localité de Radisson. Les centres désignés sont identifiés comme une ressource pour les personnes victimes d'agression sexuelle (enfants, adolescents, adolescentes, femmes et hommes), où elles obtiendront, en tout temps, de l'aide et du soutien de la part de professionnels spécialement formés à cet effet, incluant l'intervention médicosociale. Conformément aux orientations ministérielles, pour soutenir l'organisation des services dans le cadre de ces centres, deux protocoles internes d'intervention médicosociale ont été finalisés en cours d'année, l'un pour le volet enfants et adolescents et le second pour le volet adultes. Étant actuellement en consultation régionale auprès des responsables de ce dossier, ces protocoles seront implantés et diffusés localement dans le courant de l'année à venir. Dans le même sens, en vue de poursuivre et soutenir l'implantation des services dans les différents centres désignés, une formation de deux jours a été offerte régionalement à tous les professionnels intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle, à savoir : des infirmières de l'urgence, des médecins, des intervenants de l'accueil, évaluation, orientation et référence (AEOR), des intervenants du service de garde psychosociale secteur est et des centres jeunesse.

En terminant, pour faire connaître les centres désignés auprès de tous les partenaires de la région (organismes communautaires, écoles, etc.) une campagne publicitaire régionale a été diffusée en cours d'année, par le biais d'affiches, de dépliants et de cartes à distribuer aux personnes pouvant bénéficier de ce type de service.

SANTÉ PHYSIQUE

Lutte contre les maladies chroniques

Dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009, le CRSSS de la Baie-James a retenu la lutte aux maladies chroniques comme priorité régionale pour deux années consécutives.

C'est donc en mai 2009, que le conseil d'administration a adopté le *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques*. Celui-ci propose une vision régionale pour assurer une gestion optimale des maladies chroniques. Il vise la responsabilisation de chacun relativement à sa maladie, avec l'accès à un réseau de soins et de services intégrés offerts par des professionnels œuvrant au sein d'une équipe interdisciplinaire. Le cadre de référence a été distribué et une allocation récurrente, provenant des crédits de développement 2008-2009, a été octroyée aux centres de santé pour soutenir l'organisation des services pour les maladies chroniques.

Le comité interdisciplinaire en diabète du Centre de santé de Chibougamau a poursuivi ses travaux pour la mise en place d'un Centre de formation pour les personnes diabétiques.

Lutte contre le cancer

Depuis l'adoption du *Plan d'action régional de lutte contre le cancer* en 2005, plusieurs objectifs ont été réalisés en matière de lutte contre le cancer, comme la création de postes d'infirmières pivots dans les centres de santé, le déploiement des équipes interdisciplinaires, la signature d'ententes de service, une augmentation de l'accessibilité aux traitements de chimiothérapie et le déploiement de la télépharmacie.

Une équipe de professionnels du CRSSS de la Baie-James a amorcé en 2010 la rédaction du programme quinquennal de lutte contre le cancer. Cherchant à respecter les critères de qualité, d'accessibilité, de continuité et d'intégration de service, ce programme s'étend sur un large éventail de services à la population jamésienne, allant de la promotion et de la prévention, du dépistage, de l'investigation, des traitements, du soutien jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie. Il permet d'orienter la planification, l'organisation et l'évaluation des interventions de lutte contre le cancer. Il mise sur le travail en équipe interdisciplinaire au sein d'une organisation hiérarchisée de services intégrés. La rédaction se poursuivra au cours de la prochaine année.

Chimiothérapie ambulatoire

Le CRSSS de la Baie-James a mis en place un programme de chimiothérapie ambulatoire. Ce traitement est administré chez la clientèle devant recevoir de la chimiothérapie s'échelonnant sur plusieurs jours. Cette façon de procéder évite une hospitalisation chez les personnes nécessitant ce genre de traitement, en plus d'augmenter leur qualité de vie. Les hospitalisations de trois jours à toutes les deux semaines pour recevoir ce service sont maintenant choses du passé.

Comité de soins palliatifs des CS de Chibougamau et René-Ricard

Tout au long de l'année, le comité de soins palliatifs du secteur est a poursuivi ses activités. Mentionnons entre autres, la publication du journal en soins palliatifs *Le sentier*, la mise en place des trousses de médicaments 24/7 dans les centres de santé, la formation d'un deuxième groupe de bénévoles en soins palliatifs et enfin, le réaménagement de la chambre de soins palliatifs du Centre de santé de Chibougamau.

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)

La mise en place des services dédiés à la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement se poursuit en lien avec le plan d'action régional *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie* . Les actions suivantes ont été posées en 2009-2010.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Un montant de 59 877 $ a été octroyé pour notre région afin d'implanter le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Ce montant inclut la coordination régionale, l'achat de mobilier, la formation des formateurs et le remplacement du personnel lors de formation. Déjà, une chargée de projet a été nommée pour implanter ce réseau et en septembre 2009 deux formateurs régionaux ont été formés. Présentement, la première phase du projet, soit le déploiement des composantes de la solution informatique pour les services offerts aux personnes âgées est réalisée. Des formations sur les outils que sont le PRISMA-7, l'OÉMC et l'Iso-SMAF sont en cours. C'est dans une phase ultérieure que ces formulaires passeront en mode électronique.

Prévention des chutes à domicile et en établissement

Le *Programme régional de prévention des chutes à domicile, intervention multifactorielle personnalisée (IMP)*, s'adresse à la clientèle du programme PALV inscrite au soutien à domicile. Il vise à prévenir et à réduire les risques de chutes par un ensemble d'activités dont le repérage et le dépistage sélectif des clientèles ainsi qu'un programme d'exercices permettant le renforcement des capacités physiques. Le cadre de référence régional a été présenté à l'ensemble des intervenants des centres de santé concernés et le programme est en place depuis janvier 2010.

Dans le cadre de la démarche d'agrément de l'établissement, un sous-comité d'agrément sur la stratégie de prévention des chutes a été créé, lequel a développé un *Programme de prévention des chutes en établissement*. Ce programme de prévention traite de l'ensemble des chutes présentées par la clientèle en établissement, qu'elle soit en hébergement de longue durée, de courte durée ou de tout autre programme de soins généraux. Il comprend les notions théoriques et les grands principes du programme, les interventions préventives générales, de même que les outils d'évaluation pour le personnel soignant. De plus, il s'inscrit dans un processus d'appréciation de la qualité. Le programme de prévention des chutes doit être complémentaire et compatible avec le *Cadre de référence sur les mesures de contrôle : Vers un changement de pratique du CRSSS de la Baie-James*. Son implantation dans les milieux de soins doit comprendre la sensibilisation, l'information et la formation des membres de l'équipe de soins sur la prévention des chutes, et tendre vers une diminution, voire même, l'élimination des mesures de contrôle. L'objectif pour la prochaine année est d'offrir une formation afin de sensibiliser le personnel à ce nouveau programme.

Soutien communautaire au logement social

Le soutien communautaire est une action préventive en amont des services de santé et de services sociaux. Il contribue au maintien, à l'intégration et à la participation sociale des personnes vulnérables à faible revenu habitant dans un organisme à but non lucratif (OBNL) d'habitation sociale ou dans un logement géré par l'Office municipal d'habitation (OMH).

Un accord de coopération, révisé en février 2010, permet d'assurer un service par un travailleur communautaire qui desservira un bassin de 94 unités d'habitation dans le secteur est. Les partenaires impliqués contribuent au projet pour un montant de 7 200 $. Un budget de 60 000 $ a été octroyé au Centre de santé de Chibougamau afin de développer des services complémentaires aux programmes et aux services existants, offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et de l'habitation. L'offre de service débutera en avril 2010.

Soutien aux proches aidants

Une des mesures du plan d'action *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010* des services aux aînés en perte d'autonomie consiste à mettre en place des mesures de soutien aux proches aidants.

Une entente de service est signée depuis mars 2009 avec l'organisme Baluchon Alzheimer. Une entrevue radiophonique et une période de recrutement ont eu lieu en juin de la même année. N'ayant pas réussi à recruter à même les gens de la région, l'organisme est en mesure de répondre à nos besoins par l'intermédiaire du point de service de la région du Saguenay-Lac-St-Jean. La promotion du service se poursuit par l'entremise des intervenants des centres de santé auprès des proches aidants des personnes atteintes de troubles cognitifs. Malgré la disponibilité du service et la publicité l'entourant, à ce jour aucune demande de service n'a été faite dans notre région.

Deux autres ententes de service sont présentement en négociation avec des organismes spécialisés dans les problématiques associées à la maladie d'Alzheimer. L'objectif est d'offrir des périodes de répit à court terme, à raison de 4 heures par semaine pour un total de 208 heures annuellement pour les proches aidants.

Approche milieu de vie

Dans la foulée du déploiement de cette approche dans notre établissement, le Centre de santé Isle-Dieu est en processus d'implantation de l'approche milieu de vie. Une présentation a été offerte aux employés concernés, aux gestionnaires ainsi qu'aux membres des familles. Une formation sous forme d'ateliers s'adressant aux employés œuvrant en milieu de vie a eu lieu en février 2010. Enfin, un plan d'amélioration sera élaboré afin de réaliser les changements requis permettant de répondre aux critères de qualité d'un milieu de vie en CHSLD. Ceci complètera la démarche dans toutes nos installations visées.

Hébergement dans la communauté

Ce nouveau projet novateur permettra de créer de dix à seize places d'hébergement dans la communauté en réponse à une clientèle en grande perte d'autonomie, traditionnellement orientée vers l'hébergement institutionnel en CHSLD. Au projet, s'ajoutent deux places d'hébergement temporaire à des fins de répit, quatre places de soins post hospitaliers à des fins de réadaptation et de convalescence ainsi qu'une place de soins palliatifs de fin de vie. Un budget de développement de 470 755 $ a été accordé pour ce projet novateur. Situé dans le secteur est, ce projet cible les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies chroniques. Un appel d'offre sera lancé en avril 2010.

Ressources intermédiaires

Afin de répondre au besoin d'hébergement de la clientèle de Lebel-sur-Quévillon, une place d'hébergement temporaire a été transformée en place permanente à la ressource intermédiaire de F.G.L. L'Étoile Filante, portant à cinq le nombre de places permanentes et à une place pour l''hébergement temporaire.

Certification de résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées est une obligation légale à laquelle toute résidence privée ou sans but lucratif est assujettie. La résidence doit se conformer à des critères sociosanitaires assurant la qualité des services offerts et le respect des normes de construction, de sécurité incendie, d'hygiène et de salubrité.

Les trois résidences de notre région, soit F.G.L. L'Étoile filante de Lebel-sur-Quévillon, Le Jardin des aînés et le Manoir Providence de Chibougamau, ont reçu la visite de vérification de conformité entre novembre 2008 et janvier 2009. Elles ont apporté les correctifs requis et ont ainsi pu recevoir leur certificat de conformité en juin 2009.

LES PROGRAMMES-SOUTIEN

2

L'ADMINISTRATION ET LE SOUTIEN AUX SERVICES

RESSOURCES HUMAINES

Les effectifs au CRSSS de la Baie-James

Comme nous le verrons plus loin, les tableaux suivants présentent la situation des effectifs au cours des deux dernières années. Notons que dans l'ensemble, si on tient compte des postes vacants non comptabilisés, il y a une légère croissance dans le nombre d'employés au sein de l'organisation. Cette augmentation est tributaire des développements de postes antérieurs ayant été pourvus, de nos efforts de recrutement et du processus de titularisation de la catégorie 1. La quantité de postes vacants demeure une préoccupation importante pour notre organisation.

Au 31 mars 2010, le CRSSS de la Baie-James comptait quelque 640 employés, tous statuts d'emploi confondus.

Tableau 1 : Personnes salariées en ETC au 31 mars 2010 et années antérieures

	Personnel d'encadrement			Employés réguliers			Employés occasionnels	
Année/statut	Temps complet	Temps partiel	Stabilité d'emploi	Temps complet	Temps partiel (ETC)	Sécurité d'emploi	Nombre d'heures	ETC
2009-2010 (au 31 mars 2010)	38	0	0	326	59,47	0	268 779	147
2008-2009 (au 31 mars 2009)	37	0	0	301	62,58	0	225 070	140

Note : Les postes vacants sont exclus

Tableau 2 : Effectifs totaux en ETC au 31 mars 2010 par catégorie d'emplois

	Personnel d'encadrement et employés réguliers		
Catégorie d'emplois	Temps complet	Temps partiel (ETC)	Total
Cadres supérieurs	7	0	7
Cadres intermédiaires	31	0	31
Pharmaciens	5	0	5
Professionnels	71	6,80	77,80
Personnel en soins infirmiers	101	28,75	129,75
Techniciens	68	0,77	68,77
Personnel de soutien	81	23,15	104,15
TOTAL	364	59,47	423,47

Note : Les postes vacants sont exclus

Politique de reconnaissance

Depuis l'adoption de la Politique de reconnaissance en 2007, ayant comme objectif d'harmoniser nos pratiques, plusieurs moyens ont été mis de l'avant afin d'orienter le CRSSS de la Baie-James vers une culture de reconnaissance au travail.

Le comité de travail sur la reconnaissance, mis sur pied à la fin de 2008-2009, a piloté un sondage sur la reconnaissance au travail en juin 2009. Affichant un taux de réponse de 26% (soit 168 répondants), les résultats du sondage nous indiquent que plusieurs formes de reconnaissance organisationnelles existent déjà et que les employés désirent davantage avoir de la reconnaissance existentielle (au quotidien) de la part de leur gestionnaire.

Sur ces bases, le comité de travail sur la reconnaissance s'est concentré à développer ce programme. Ces travaux se poursuivront au cours de l'année 2010-2011.

Relations de travail et avantages sociaux

Plusieurs activités ont eu cours cette année afin d'améliorer les relations de travail au sein du CRSSS de la Baie-James. L'année 2009-2010 a permis de poursuivre les discussions concernant les ententes et certaines modalités dans les conventions collectives locales et les arrangements locaux de la convention collective nationale SCFP - Fédération des travailleurs du Québec (FTQ). Les sujets couverts sont:

- conversion en temps chômé des primes prévues à la convention collective nationale;
- remplacements des congés annuels (vacances) en période normale (été);
- statut de temps complet pour une personne salariée à temps partiel;
- conversion en temps chômé du travail effectué en heures supplémentaires;
- prime pour la manipulation des déchets biomédicaux;
- comité de santé et sécurité du travail;
- accès au dossier personnel des salariés œuvrant à l'extérieur de Chibougamau;
- fusion des banques de libérations syndicales en une seule de la catégorie 2 et de la catégorie 3;
- fusion de l'ancienneté de la catégorie 2 et de la catégorie 3 pour les mutations volontaires;
- modalité dans les déplacements à partir du domicile pour les personnes n'ayant pas à se présenter au port d'attache régulièrement.

Les propositions ont été rédigées et présentées au syndicat et les travaux se compléteront au cours de l'année 2010-2011.

Deux bulletins d'information périodiques sur l'interprétation de certaines matières des conventions collectives pour ainsi soutenir et accompagner les gestionnaires dans l'application des conditions de travail des employés ont été produits. Les sujets traités sont les congés annuels et fériés et le temps supplémentaire.

Gestion de la présence au travail

Depuis les cinq dernières années, nous remarquons que le nombre d'heures en invalidité est en croissance malgré un taux d'assurance-salaire à la baisse. Cette diminution est pondérée par une augmentation relative plus importante des heures travaillées au sein de l'établissement.

Tableau 3 : Coûts reliés à l'assurance-salaire

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE	58 305	59 394	59 646
HEURES TRAVAILLÉES	729 716	759 182	785 183
RATIO HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE / HEURES TRAVAILLÉES	7,99 %	7,82 %	7,60 %
COÛTS DES PRESTATIONS VERSÉES EN ASSURANCE-SALAIRE	1 112 979 $	1 164 071 $	1 110 878 $

Le Comité paritaire en santé et sécurité du travail (CPSST) a été remis en fonction avec le soutien de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Au cours de la prochaine année, nous signerons le protocole d'entente avec nos partenaires syndicaux, lequel définira plus clairement les rôles et mandats de ce comité.

Un formulaire à l'intention des gestionnaires a été mis en place afin de permettre une gestion plus efficace des dossiers d'invalidité et favoriser un retour au travail prompt et durable. Les informations demandées sont de nature factuelle pouvant être fort utiles dans les différentes décisions en gestion des cas d'invalidité.

Recrutement, rétention et planification de la main - d'œuvre

Dans un esprit de continuité, les travaux du comité paritaire sur les états généraux en soins infirmiers, initiés l'an dernier, se sont poursuivis et, dans quelques cas, achevés. Ce comité partageait les mandats de travail à sept sous-comités de travail. Il s'agit d'un chantier de développement organisationnel majeur qui sollicite la collaboration de plusieurs acteurs et partenaires internes. Les objectifs recherchés par chacun des sous-comités variaient entre une meilleure organisation du travail, l'amélioration des lieux physiques, une meilleure communication, la diminution de la main-d'œuvre indépendante et la rétention du personnel.

Par ailleurs, plusieurs initiatives, soutenues par un investissement majeur, ont eu cours cette année afin d'accroître l'efficacité du recrutement. D'une part, l'image du recrutement a été révisée pour l'ensemble de notre organisation. Pour ce faire, un appel d'offres a été lancé afin de développer un concept global et représentatif. Le thème choisi *Vivre ses passions*, corrobore notre principe directeur en insistant sur la vie au cœur de nos services, la priorité donnée à la qualité de vie au travail et sur l'amélioration continue de la qualité de vie de la population jamésienne. Une séance photo a été organisée en février 2010 à Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quévillon et Matagami, et 78 membres de notre organisation y ont participé, permettant de compléter la facture visuelle de notre nouvelle brochure de recrutement, laquelle a été déployée en mai 2010. De plus, des capsules vidéos ont été réalisées au cours de l'été 2009 afin d'ajouter du contenu visuel sur notre site web et une campagne de publicité nationale sera déployée dans différentes régions du Québec à l'automne 2010 pour l'ensemble de la stratégie.

Dans la même optique, le concours *Dénichez un futur employé* a permis de sensibiliser et mobiliser les membres du personnel au défi du recrutement selon une approche novatrice. Les personnes intéressées devaient mettre à profit leur carnet d'adresses en santé et services sociaux. Ce sont 67 candidatures qui ont été amassées par les participants, soit le double de l'objectif fixé au départ.

Le programme de bourses d'études se poursuit dans le but d'attirer de nouveaux professionnels à travailler dans notre région. Le CRSSS de la Baie-James a versé un montant total de 37 500$ à 12 étudiants en santé et services sociaux de niveau universitaire ou collégial, qui se sont engagés à accepter un emploi dans notre région à la fin de leurs études. Cette année, nos boursiers proviennent de quatre formations très en demande dans le réseau soit : en soins infirmiers, en psychoéducation, en psychologie et en technologie d'analyses biomédicales.

Au plan de la planification de la main-d'œuvre, le CRSSS de la Baie-James s'est doté de plusieurs outils, dont l'acquisition de l'entrepôt de données CUBE-PMO, en vue de soutenir les efforts en matière de structure du modèle de gestion prévisionnelle des effectifs (PMO). Le formulaire de pré-emploi dans l'organisation a été révisé cette année. Cet outil de prise de décision, quant à l'embauche, fera partie intégrante du processus de sélection du personnel dès le mois de mai 2010. Pour soutenir les nouveaux employés, la révision du programme d'accueil des nouveaux employés a été une priorité de la direction. Cette révision a été complétée en mars 2010 en vue de l'embauche printanière.

Enfin, le tableau suivant présente les dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2009-2010 et pour l'année précédente à des fins de comparaison, qui globalement indiquent une diminution des dépenses. Par exemple, nous remarquons que les coûts reliés à la ressource professionnelle ont diminué en raison du remplacement de celle-ci par un titulaire plus jeune en début d'année. Une bonne stabilité dans les postes cadres a fait en sorte de limiter les frais reliés aux entrevues de sélection.

Tableau 4 : Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2008-2009 et 2009-2010

NATURE DE LA DÉPENSE	COÛTS ($) 2008-2009	COÛTS ($) 2009-2010
RESSOURCE PROFESSIONNELLE ATTITRÉE AU RECRUTEMENT ET À LA PROMOTION	83 360	59 329
PUBLICITÉ ET AFFICHAGES DE POSTES	87 680	75 088
FRAIS DE DÉPLACEMENT (ENTREVUES PERSONNEL CADRE)	5 650	362
FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT (PERSONNEL CADRE)	48 050	53 945
FRAIS DE DÉPLACEMENT (ENTREVUES PERSONNEL NON CADRE)	26 875	19 215
FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT (PERSONNEL NON CADRE)	152 429	135 489
BOURSES D'ÉTUDES	32 000	41 300
FRAIS DE SALONS DE RECRUTEMENT	30 090	30 845
TOTAL	**466 134**	**415 573**

Développement de la main-d'œuvre

Afin de s'orienter vers une structure autonome sur le plan du remplacement et une qualité de vie au travail pour le personnel clinique, les responsables des listes de rappel ont collaboré à revoir les horaires au registre de poste et ainsi pouvoir procéder à la titularisation des postes. Le comité de titularisation a développé une façon novatrice de créer des postes pour le personnel de la catégorie 1 – secteur est. Pour ce faire, nous avons procédé à trois périodes distinctes d'affichages. Lors de la première vague en janvier 2010, 16 postes de titularisation ont été affichés soit 3 d'infirmières auxiliaires et 13 d'infirmières. Suite à la deuxième vague de mars 2010, tous les postes de titularisation étaient comblés

pour les infirmières auxiliaires et 3 étaient demeurés vacants pour les infirmières. Le recrutement externe a donc pu débuter tel que souhaité dans le cadre du projet. Une troisième et dernière vague s'est réalisée en avril 2010. En somme, nous avons pu apporter une vision novatrice dans ce dossier et avons su faire de la titularisation, un levier de mobilisation et de positionnement pour le CRSSS de la Baie-James. Le syndicat SIISNEQ cite même notre projet comme un modèle à suivre dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, la formation du personnel demeure plus que jamais un enjeu de taille dans notre organisation. En effet, la multidisciplinarité dans laquelle nos professionnels évoluent de même que la jeunesse de nos équipes au plan de leurs expériences et de leur expertise nécessitent que l'on offre des formations nombreuses et diversifiées.

Tableau 5 : Investissements en formation au CRSSS de la Baie-James pour les cinq dernières années

ANNÉE	SALAIRES ($)	AUTRES FRAIS ($)	TOTAL ($)	% DES CHARGES RÉELLES
2009-2010	488 207	416 671	904 878	1,8 %
2008-2009	525 929	386 829	912 758	1,9 %
2007-2008	546 632	419 605	966 237	2,1 %
2006-2007	593 013	391 167	984 180	2,2 %
2005-2006	448 783	384 294	833 077	2,1 %

Les effectifs médicaux et pharmaceutiques

Les effectifs médicaux en place sont ceux prévus au plan en ce qui concerne le CS de Chibougamau et le CS de Radisson. Cette année, le CS de Chibougamau a fait appel au service de dépannage en obstétrique, alors que le CS de Radisson, avec un seul médecin en place, a toujours recours au mécanisme de dépannage prévu à cet effet. Un seul effectif en omnipratique manque au CS de Lebel, les cinq médecins en place couvrent tous les services et le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami a recours périodiquement au mécanisme de dépannage. Enfin, le Centre de santé René-Ricard est le centre dont le manque d'effectif omnipraticiens est le plus important.

Le département de pharmacie est à effectif complet. En effet, l'équipe de la pharmacie s'est enrichie de deux pharmaciennes. Une des candidates a été embauchée dans le cadre du programme d'intéressement à la pratique en pharmacie hospitalière mis en place par le MSSS. En regard de la planification du départ à la retraite d'ici quelques années de deux pharmaciennes et du contexte de pénurie sévère en pharmacie au Québec, la décision a été prise de procéder à l'embauche d'une deuxième candidate. Cette dernière arrivée permettra de consolider à quatre les effectifs « pharmaciens » permanents.

Tableau 6 : Effectifs en omnipratique, à titre de membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

CENTRES DE SANTÉ	PRÉVUS AU PLAN	EN PLACE AU 31 MARS 2007	EN PLACE AU 31 MARS 2008	EN PLACE AU 31 MARS 2009	EN PLACE AU 31 MARS 2010
CS RENÉ-RICARD	6	5	4	4	4
CS DE CHIBOUGAMAU	18	15	17	18	18
CS LEBEL	6	5	5	5	5
CS ISLE-DIEU	6	4	4	5	5
CS DE RADISSON	1	1	1	1	1
TOTAL	37	30	31	33	33

Tableau 7 : Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)

SPÉCIALITÉ	PRÉVUS AU PLAN D'EFFECTIFS	EN PLACE AU 31 MARS 2009
ANESTHÉSIE	1	Équipe itinérante*
CHIRURGIE GÉNÉRALE	1	Équipe itinérante*
MÉDECINE INTERNE	1	0
PSYCHIATRIE	1	1
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	1	0
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	1	0**

* Chibougamau est le lieu de pratique principal d'un anesthésiste et d'un chirurgien général. Ils ne sont pas établis dans la région et détiennent une nomination avec statut de membres associés au CMDP de l'établissement.

** Il est à noter que des tâches en santé communautaire sont effectuées actuellement par un médecin omnipraticien.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le technocentre a misé encore cette année sur l'intégration au niveau des systèmes existants, permettant des échanges d'information afin d'améliorer et d'accélérer les processus d'affaires. Nous pouvons noter, entre autres, l'interface entre l'admission et la pharmacie, qui réduit les risques d'erreur pour la médication des patients et l'interface entre le *Système d'information pour les salles d'opération* (SISOP) et SIMASS, qui lui, réduit la double saisie et par conséquent, les risques d'erreur.

D'autres projets sont en cours de réalisation dont l'Index Patient-Maître (IPM), étape préalable au *Dossier santé Québec* (DSQ). L'entente de gestion pour le déploiement de l'imagerie diagnostique du Dossier de santé du Québec a été signée le 22 juillet 2009. Le technocentre a participé aux études et analyses en vue de l'obtention et de l'implantation d'un *Dossier clinique informatisé* (DCI) pouvant s'arrimer avec le *Dossier médical électronique* (DME) du groupe de médecine familiale (GMF). De même, le technocentre a travaillé au raccordement au *Réseau intégré de télécommunication multimédia* (RITM);

L'équipe a aussi été sollicitée pour les différentes phases d'implantation du GMF Grande-Ourse, ce qui augmente le niveau de complexité avec l'ajout d'un nouveau fournisseur et d'un nouvel index patient.

De plus, notre capacité à garantir la sécurité de nos données par l'amélioration du système de copie de sécurité a été grandement améliorée.

Dans le même ordre, le système d'imagerie médicale à été profondément modifié avec l'ajout d'une librairie de stockage et de la virtualisation des serveurs.

Un système d'aide à la prise de décision permettant de croiser les données des systèmes de paie, de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles a été implanté.

RESSOURCES FINANCIÈRES ET APPROVISIONNEMENT

Respect de la cible budgétaire 2009-2010

Le MSSS et le CRSSS de la Baie-James ont signé une entente de gestion et d'imputabilité en début d'année financière dans laquelle l'établissement s'engageait à respecter l'équilibre budgétaire à l'intérieur de la cible déficitaire autorisée de 168 387 $. Grâce aux efforts de tous les gestionnaires et des équipes, la cible établie a été respectée. En effet, comme décrit en annexe, l'établissement présente un déficit de 32 974 $ sur les activités principales, soit inférieure à la cible autorisée.

Optimisation aux approvisionnements et amélioration de la performance

Du côté des approvisionnements, un projet de révision de l'organisation du travail et de l'optimisation de la distribution des fournitures est en voie de déploiement. Le tout a débuté en décembre 2009 avec la visite d'une firme spécialisée qui nous a orientés vers les meilleures pratiques en matière de gestion des approvisionnements. La mise en place du système de transport interne et l'analyse des tâches rattachées à ce projet sont intégrées. Ce projet prendra place concrètement en 2010-2011 et permettra, à terme, d'importantes économies récurrentes.

Le secteur des finances bat aussi la mesure dans le sens de la performance et de l'optimisation dans l'utilisation des ressources. Déjà, des projets comme l'uniformisation des fournitures de bureau, l'utilisation des cellulaires et autres à venir permettent des économies intéressantes pour l'organisation.

LA GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Programme d'entretien préventif

Suite à la visite d'Agrément Canada en 2009, l'équipe des services techniques et des installations matérielles s'est fixé comme objectif de développer et de présenter un programme d'entretien préventif des équipements médicaux. Cette initiative s'inscrit dans la volonté du CRSSS de la Baie-James d'assurer une qualité et une sécurité des soins. Ainsi, l'année 2009-2010 a permis d'inventorier tous les équipements médicaux et de prioriser leur entretien en utilisant le système développé par un autre établissement du réseau, de développer toutes les fiches d'entretien requis dans un nouveau logiciel *Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur* (GMAO), à partir de l'expérience interne, des recommandations

des fabricants, des conseils du Groupe Biomédical Montérégie et de la firme GES (logiciels SARRA et MAINT) et, enfin, d'analyser la situation incluant l'évaluation comparative entre ce qui se fait à l'interne ou à contrat.

Programme de cadenassage et de sécurité machine

Le CRSSS de la Baie-James a travaillé conjointement avec la CSST pour implanter un programme de cadenassage complet. Appuyé par un consultant, les nouvelles procédures ont été implantées avec succès depuis plusieurs mois déjà. L'ASSTAS a même publié notre politique et notre procédure à titre de modèle pour le réseau.

L'initiative a permis de réaliser un inventaire complet de tous les équipements du Centre de santé de Chibougamau. Il a aussi été l'occasion de revoir plusieurs méthodes de travail et qualifications requises pour le personnel des installations matérielles. Entre autres, les travaux concernant les ascenseurs, l'électricité, l'amiante et la vapeur sont maintenant mieux encadrés, le tout en conformité avec les métiers réglementés. L'équipe des services techniques et des installations matérielles a aussi mis en opération une analyse complète de la sécurité machine, toujours avec l'aide de SANTINEL. Cette étude a permis de déceler des déficiences au niveau des équipements et un plan d'action a été développé. Un budget d'environ 30 000$ est alloué sur une période de 2 ans.

Projet de relocalisation du CHLSD et intégration d'un centre de jour

À la suite de l'autorisation du MSSS, un Programme fonctionnel et technique (PFT) a été monté dans le cadre du projet de relocalisation de 24 places du milieu de vie en soins de longue durée et de l'intégration d'un centre de jour. Il s'agit d'un projet d'hébergement qui permettra d'accueillir la clientèle provenant du milieu de vie du CS de Chibougamau. Nous anticipons une autorisation de conception du MSSS au cours de l'été 2010.

Projet de réaménagement du Département de pharmacie régionale

Le projet de réaménagement fonctionnel du Département de pharmacie régionale du CRSSS de la Baie-James est toujours à l'étude au Ministère. Rappelons que ce réaménagement permettra, entre autres :

- de respecter les normes en vigueur pour le secteur des préparations stériles en terme d'aménagement physique et de ventilation afin d'assurer la qualité et la sécurité, entre autres, des traitements de chimiothérapie et d'antibiothérapie pour l'ensemble de la région du Nord-du-Québec;
- d'acquérir et d'installer des équipements de technologie moderne dans le circuit du médicament;
- d'offrir un espace suffisant pour répondre aux besoins du Département de pharmacie régionale en termes de maintien de l'inventoriage en médicaments et produits immunisants.

Projets de rénovations fonctionnelles mineures

Les projets de rénovations fonctionnelles mineures correspondent à des travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins. Un total de 1 051 437$ en projets a été réalisé durant l'année 2009-2010 dont voici les grands thèmes pour chaque centre de santé.

Tableau 8 : Projets de rénovations fonctionelles mineures et leur investissement en 2009-2010

CATÉGORIES	PROJETS	COÛTS ($)
	CS RENÉ-RICARD (CHAPAIS)	**24 119 $**
Divers	Réaménagements intérieurs	24 119 $
	CS DE CHIBOUGAMAU	**161 067 $**
Psychiatrie	Aménagement d'un service de psychiatrie	52 751 $
Bureaux	Réaménagement bureaux administratifs, services techniques, etc.	32 233 $
Divers	Magasin, radiologie, bloc opératoire, centre de prêt, etc.	76 083 $
	CS LEBEL	**0 $**
	CS ISLE-DIEU (MATAGAMI)	**838 941 $**
Divers	Contribution au projet majeur de rénovation	838 941 $
	CS DE RADISSON	**8 043 $**
Divers	Diviser maison	8 043 $
	CRSSS DE LA BAIE-JAMES	**19 267 $**
Divers	Maison pour les ambulanciers	19 267 $

Plan triennal immobilier : maintien des actifs

Quant à eux, les travaux habituellement ponctuels et planifiés, requis aux fins d'assurer la sécurité des personnes et des biens, de contrer la vétusté des immeubles et d'assurer leur conservation sont financés à même l'enveloppe régionale récurrente de maintien des actifs immobiliers. C'est donc en fonction des budgets spécifiquement dédiés à ce programme et consentis par le MSSS, que le *Plan triennal de maintien des actifs immobiliers (2008-2011)* a été accepté par le conseil d'administration. Ces allocations financières sont récurrentes et représentent une somme de 1 128 236 $. Un total de 940 592$ en projets a été réalisé durant l'année 2009-2010 dont voici les grands thèmes pour chaque centre .

Tableau 9 : Projets réalisés en maintien des actifs en 2009-2010

THÈMES	PROJETS	COÛTS ($)
	CS RENÉ-RICARD (CHAPAIS)	**33 023 $**
Divers	Maisons, étude modernisation radiologie	33 023 $
	CS DE CHIBOUGAMAU	**344 563 $**
Équipement	Modernisation radiologie et stérilisateur DBMI	124 427 $
Plomberie-chauffage	Refaire ligne vapeur, remplacement réservoir condensé, modernisation chaudière	67 007 $
Aménagement	Vétusté plâtre et cloisons	30 560 $
Élévateurs	Modernisation ascenseur et monte-matériaux	55 411 $
Divers	Fenêtres, trottoirs, etc.	67 158 $
	CS LEBEL	**19 340 $**
Divers	Refaire une section d'armoires, etc.	19 340 $
	CS ISLE-DIEU (MATAGAMI)	**376 032 $**
Plomberie-chauffage	Remplacer chauffe-eau	30 512 $
Aménagement	Projet majeur de modernisation	327 149 $
Divers	Toiture	18 371 $
	CS DE RADISSON	**101 698 $**
Maisons	Modernisation de maisons	98 919 $
Divers	Modernisations diverses	2 779 $
	CRSSS DE LA BAIE-JAMES	**65 936 $**
Maison	Maison pour les ambulanciers	33 889 $
Divers	Logiciel d'entretien préventif et maintien des actifs	32 047 $

Acquisition en immobilisations et en équipements

Les tableaux qui suivent indiquent les allocations budgétaires relatives aux acquisitions en matière d'améliorations majeures des bâtiments, de matériels et d'équipements, d'équipements spécialisés et de matériel roulant. Les données, comparées à l'année précédente montrent un total des dépenses inférieur cette année en raison de la fin des travaux consacrés à l'amélioration majeure aux bâtiments, dont ceux consacrés au CS Isle-Dieu. Par contre, on observe une augmentation des coûts liés aux équipements de communication multimédia et aux équipements médicaux dont la liste des principales acquisitions en équipements médicaux se retrouve spécifiquement au tableau 11.

Tableau 10 : Acquisition en immobilisations et en équipements en 2008-2009 et 2009-2010

ACQUISITIONS EN IMMOBILISATIONS ET EN ÉQUIPEMENTS	2008-2009	2009-2010
Amélioration majeures aux bâtiments	5 415 831	813 454
MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS ($)		
Équipement informatique	147 297	172 101
Équipement de communication multimédia	14 955	172 235
Mobilier et équipement de bureau	46 770	122 845
Autres	122 886	166 090
ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS ($)		
Autre mobilier, équipement médical et transport	393 083	1 090 470
MATÉRIEL ROULANT ($)	155 921	58 734
TOTAL	**6 296 743**	**2 595 929**

Source : AS-471, 2009-2010, PAGE 421-00

Considérant que les équipements spécialisés représentent un poste de dépenses important, le tableau qui suit rapporte les principales acquisitions, soit celles supérieures à 25 000$, ce qui ne permet pas de faire un total des dépenses encourues dans cette catégorie.

Tableau 11 : Principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés 2009-2010

ÉQUIPEMENTS	COÛTS ($)
Chariots de distribution unidoses	35 189
Appareil d'anesthésie	105 117
Ventilateur de soins critiques	104 213
Imagerie diagnostique du dossier de santé du Québec	107 676
Appareil pour thérapie par pression négative (pompe VAC)	46 054
Table et lampe opératoire	92 047
Électrocardiographes (ECG)	31 734
Appareil d'électrochirurgie	13 607
Analyseur microbiologique	41 868
Échographe	161 687
Système de radiographie	89 871
Stérilisateur pour endoscopes	24 980
Système de réaprovisionnement à double casier pour la réserve stérile du bloc opératoire	62 568
Lève-patient sur rail	24 581

LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

3

LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

Au cours de 2009-2010, les organismes communautaires reconnus dans la région du Nord-du-Québec ont continué d'assurer une excellente prestation de services auprès des diverses clientèles ciblées par leur mission respective. Les clientèles jeunes, personnes handicapées, hommes, femmes, personnes âgées de même que celles aux prises avec des problématiques de santé mentale, de suicide, de cancer et de pauvreté sont ciblées par ces organismes, d'une façon ou d'une autre, au sein des communautés qui forment notre région.

C'est notamment par leur apport particulier que les organismes communautaires ont été invités, dans le cadre du forum ouvert entourant l'élaboration du plan stratégique du CRSSS de la Baie-James, à déterminer les enjeux régionaux et les orientations à prendre dans les cinq prochaines années pour améliorer la santé et le bien-être des Jamésiens. De cette consultation, il est ressorti un besoin d'améliorer le réseautage entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. Bien que les relations soient bonnes, nous miserons au cours des prochaines années à reconnaître l'approche communautaire dans les centres de santé par le développement de liens de collaborations, de partage de connaissances et de travail en partenariat.

En ce sens, nous avons amorcé depuis l'an dernier la mise en place d'un service de soutien par la TROC-10 afin que les organismes communautaires de la région puissent bénéficier d'une aide accrue pour respecter les processus de reddition de compte, notamment en ce qui a trait à la rédaction des rapports annuels d'activités. Nous avons constaté au cours des dernières années, avec le soutien offert par la TROC-10, une nette amélioration de la qualité des rapports d'activités. Le CRSSS de la Baie-James a procédé à l'analyse de la documentation pertinente à la reddition de comptes des organismes communautaires, en respect des règles édictées par le Ministère, dans le cadre du PSOC. Cette analyse nous permet de nous assurer du respect du cadre financier du programme, de bien saisir le lien entre les activités effectuées par les organismes et l'objet de leur charte, de même que du respect du processus démocratique inhérent à l'organisation communautaire.

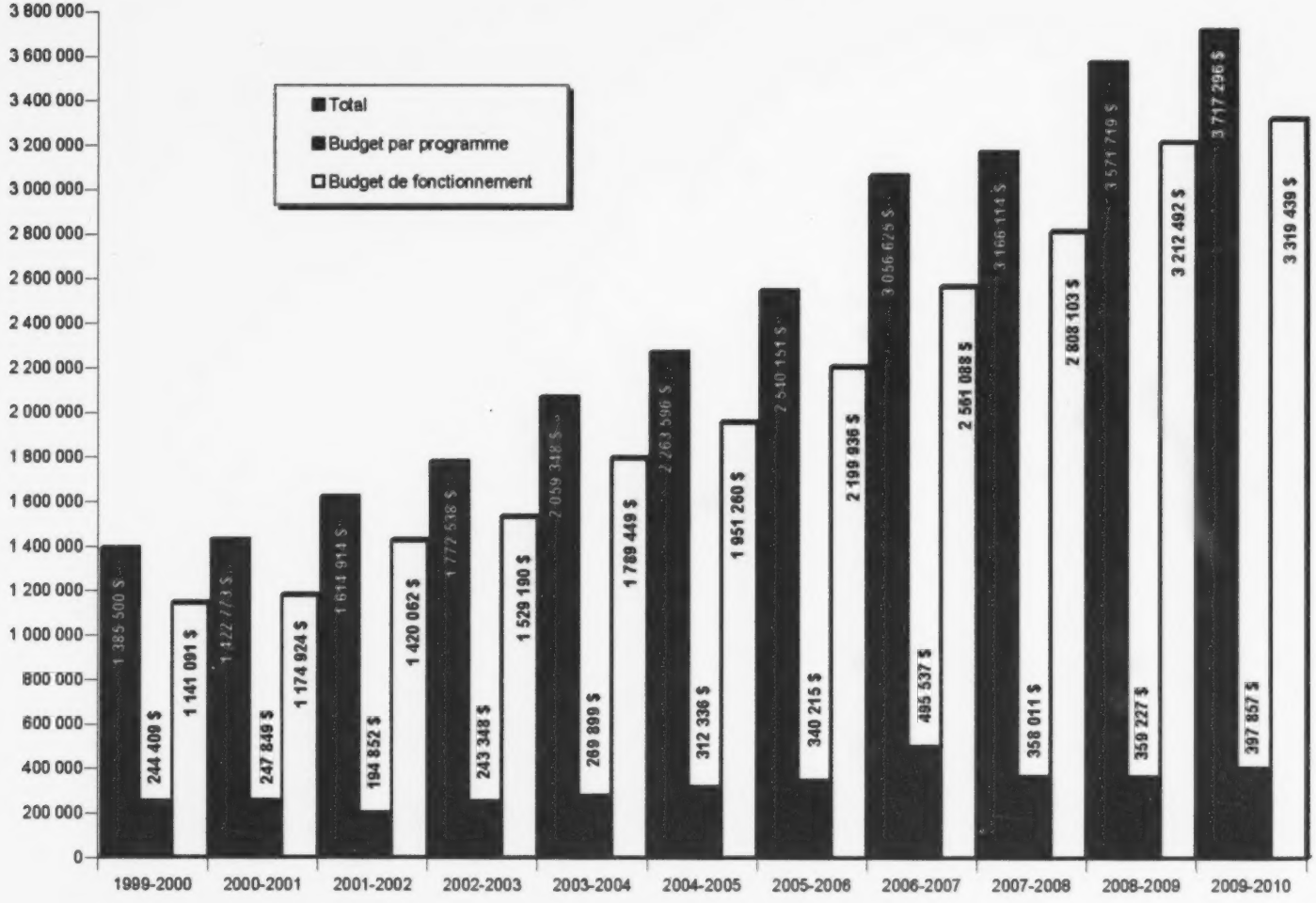
Les allocations budgétaires octroyées par le PSOC ont été de l'ordre de 3 319 439 $, montant qui inclut les sommes consenties pour la stratégie d'action jeunesse et l'indexation annuelle du fonds. Le budget de développement 2009-2010 est constitué de l'annualisation du budget de développement 2008-2009 (30 000 $) et du solde non affecté de cette même année (26 355$) pour un total de 56 355$ en 2009-2010. En tout, le fonds PSOC a augmenté de 106 947 $ ce qui constitue une hausse de 3,4% par rapport à l'an dernier.

Les tableaux suivants illustrent la progression des montants accordés aux organismes communautaires, tant par le biais du PSOC que par les fonds des programmes administrés par le CRSSS de la Baie-James.

Tableau 12 : Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2008-2009 et 2009-2010

PROGRAMME	NOMBRE D'ORGANISMES		SOC		RÉALLOCATIONS		PROGRAMMES	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009 ($)	2009-2010 ($)	2008-2009 ($)	2009-2010 ($)	2008-2009 ($)	2009-2010 ($)
AIDE ET ENTRAIDE								
SANTÉ MENTALE	3	3	114 780	117 160	225 220	240 220	101 400	102 200
LUTTE À LA PAUVRETÉ	1	1	37 920	41 270	9 580	9 580	14 500	13 500
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE	1	1	31 800	16 905	3 200	3 200		
SUICIDE	2	3	39 041	42 290	70 459	70 459		1 800
SERVICES AUX HOMMES	1	2	85 000	95 700	15 000	15 000		12 000
AUTRES RESSOURCES POUR LES JEUNES	1	1	1 000	1 196	27 000	31 000		1 770
MAINTIEN À DOMICILE	2	2	13 000	13 176	12 000	12 000		
SANTÉ PHYSIQUE	2	2	60 500	71 393	67 000	72 000	5 000	
MILIEU DE VIE ET DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ								
MAISONS DE JEUNES	6	6	327 099	344 620	142 735	153 735	82 700	92 089
PERSONNES HANDICAPÉES	2	2	103 000	102 156	79 000	105 355	28 929	30 200
CENTRES DE FEMMES	6	6	955 500	962 640	64 500	64 500	15 832	27 457
FAMILLES	3	3					110 866	111 425
ORGANISMES D'HÉBERGEMENT								
MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES	1	1	619 845	624 184				5 416
REGROUPEMENT RÉGIONAL								
CONSULTATION ET CONCERTATION RÉGIONALE	1	1	88 313	89 700	20 000	20 000		
TOTAL	**32**	**34**	**2 476 798**	**2 522 390**	**735 694**	**797 049**	**359 227**	**397 857**

Figure 2 : Évolution des subventions versées aux organismes communautaires



LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE, LES MESURES D'URGENCE ET LA TRAUMATOLOGIE

4

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS, LES MESURES D'URGENCE ET LA TRAUMATOLOGIE

Le CRSSS de la Baie-James a la responsabilité de planifier, d'organiser et de coordonner les services préhospitaliers d'urgence pour l'ensemble de la région. De plus, il voit au maintien des compétences des intervenants concernés, à la formation et à l'évaluation de la qualité des interventions. Le budget d'opération de ces services en 2009-2010 s'élevait à 3,5 M $.

Programme de secourisme en milieu scolaire

Ce programme mis en place en 2005-2006, et consolidé en 2006-2007, a permis, une fois de plus cette année, d'informer, de sensibiliser et de former un nombre important d'étudiants de la région sur leur rôle à l'intérieur des premiers maillons de la chaîne préhospitalière. Le contenu est progressif et ce, en fonction du niveau des étudiants rencontrés. Le programme de secourisme en milieu scolaire est dans l'ensemble bien apprécié des étudiants et des directions d'école. Les niveaux sélectionnés demeurent la maternelle, la 2e, la 4e et la 6e année du primaire ainsi que la 3e année du secondaire. En 2009-2010, 392 élèves ont été rencontrés ou formés.

Recrutement des techniciens ambulanciers-paramédics

La formation donnée par le Centre d'études collégiales de Chibougamau menant à une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières a permis l'arrivée de nouveaux techniciens ambulanciers/paramédics (TAP) et de contrer la pénurie de ressources, du moins temporairement.

Le rehaussement des compétences cliniques des TAP s'est poursuivi au cours de l'année 2009-2010. Les formations offertes durant l'année sont : C-MDSA – 12 dérivations (électrocardiogramme), le nouveau formulaire AS-803, les pratiques de base et précautions additionnelles, la prévention des agressions et l'appréciation clinique en préhospitalier. De plus, sur une base volontaire, certains ont participé aux pratiques/formation en réanimation cardiaque et traumatologique.

Finalement, le projet pilote de 310 000 $ des services préhospitaliers d'urgence démarré le 1er avril 2008 pour le secteur de Chapais-Chibougamau est toujours maintenu de façon non-récurrente et se poursuivra en 2010-2011. Une évaluation de ce projet a été réalisée par le MSSS à la fin mars 2010 et un rapport devrait être produit à l'automne 2010. Ce projet vise notamment l'amélioration du temps réponse ambulancier, de la qualité de vie des techniciens ambulanciers de ce secteur ainsi que l'optimisation de leurs habiletés cliniques. Les blocs de garde de quatre heures prévus à l'intérieur de certaines journées ont permis à la population de recevoir un service plus rapide. Les TAP ont ainsi pu bénéficier pendants ces blocs de garde de formations pratiques en vue du maintien des compétences.

Service de premiers répondants « élargi »

Matagami

Le 1er juillet 2009, la ville de Matagami a cessé d'opérer son service de premiers répondants « élargi », service que la Ville opérait depuis environ 10 ans. Des démarches ont été amorcées auprès du MSSS pour permettre la remise en place de ce service sous la responsabilité d'un organisme à but non lucratif, autre que la municipalité. Le 19 décembre 2009, le service de premiers répondants « élargi » était rétabli suite à une nouvelle entente signée avec un OBNL, la Ville de Matagami et le CRSSS de la Baie-James, entente prenant fin le 30 juin 2010. Le 20 janvier 2010, nous avons reçu une

réponse positive de la part du MSSS. Il a été convenu qu'à partir du 1er juillet 2010, le service de premiers répondants « élargi » de Matagami sera sous la responsabilité du CRSSS de la Baie-James et opéré par l'OBNL, en continuité depuis ses débuts en décembre 2009. Une entente formelle a été conclue à cet effet entre nos deux organisations.

Radisson

Le service de premiers répondants « élargi » de Radisson est opéré par un contractuel depuis plusieurs années. À l'été 2009, ce dernier nous a mentionné son désir de se retirer. Une approche auprès de la Municipalité de la Baie-James pour jouer ce rôle n'a pas été concluante. Nous avons donc opté pour une demande similaire à celle faite auprès du MSSS pour Matagami et nous avons été autorisé à signer une entente avec le même organisme qui offrira ce service tant à Matagami qu'à Radisson.

Mesures d'urgence

L'année 2009-2010 a permis de tester le déploiement de la mission santé lors du bris d'un câble de fibre optique pour le secteur de Chapais-Chibougamau en janvier 2010, isolant du Québec le secteur de Chapais-Chibougamau durant 18 heures. Le changement des téléphones satellites à l'été 2009 a permis de confirmer que ce changement était nécessaire. L'été 2009 a été calme sur le plan des feux de forêts.

Durant l'année 2009-2010, dans le contexte inhérent à la pandémie de grippe A (H1N1), peu de temps a été accordé aux plans locaux de sécurité civile – mission santé à l'intérieur de nos cinq centres de santé et aucune formation 101 en sécurité civile – mission santé n'a été organisée. Ce travail reprendra en 2010-2011 sous la responsabilité des responsables locaux en mesure d'urgence de nos cinq centres de santé.

L'intervention sociale en contexte de sécurité civile

En juin 2009, tous les intervenants sociaux en poste à ce moment ont reçu la formation concernant l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. Les deux secteurs, est et ouest, ont un plan d'organisation des services sociaux lors de sinistres, lequel contient aussi le nom et les responsabilités des membres composant l'équipe de base.

Traumatologie

Pour l'année 2009-2010, le comité local de traumatologie du Centre de santé de Chibougamau ainsi que celui du Centre de santé Lebel ont donné la priorité à l'élaboration et la mise à jour des documents obligatoires à déposer sur le site internet gouvernemental *Continuum de services en traumatologie*. Cette démarche s'inscrit dans le nouveau processus établi par le MSSS afin de maintenir les statuts de centre désigné en traumatologie, soit le Centre de santé de Chibougamau en tant que centre primaire et le Centre de santé Lebel en tant que centre de stabilisation en traumatologie. Le même processus a débuté en décembre 2009 pour le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami qui est également un centre de stabilisation en traumatologie.

Une formation clinique a été donnée à Chibougamau, Lebel et Matagami à un peu plus de cinquante professionnels de la région, portant sur les pratiques/formation en réanimation cardiaque et traumatologique.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES CONSEILS ET DU COMITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

5

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES CONSEILS ET DU COMITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Au cours de la période du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, le comité exécutif a tenu quatre réunions régulières et deux réunions extraordinaires. Tous les comités ont été actifs et ont soumis leurs rapports régulièrement.

Beaucoup d'efforts ont été fournis en début de mandat pour réviser et modifier les règlements internes du CMDP concernant le Département de médecine générale. Le 30 octobre 2009, lors de l'assemblée générale, les membres du CMDP ont accepté le nouveau règlement créant ainsi un Département de médecine générale avec un chef adjoint du DMG pour chacun des centres de santé. Un premier chef de département régional a été nommé.

Le comité d'examen des titres a procédé à l'étude des demandes de nominations et de renouvellements des nominations des médecins, dentistes et pharmaciens en tenant compte de la compétence scientifique, comportementale et de l'éthique. Le CMDP compte de nouveaux membres associés dont quatre médecins omnipraticiens, quatre médecins spécialistes et un dentiste. Enfin, les autres nouveaux membres sont deux pharmaciennes en tant que membres actifs.

Cette année encore, les nouvelles ordonnances collectives élaborées en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et des programmes (DSIP), ont été analysées et approuvées par le comité exécutif. De son côté, le comité de pharmacologie a aussi travaillé activement à la révision des ordonnances collectives et à la révision de nombreux protocoles et de guides dans l'utilisation de médicaments. Ce comité a aussi contribué à la compilation des notifications des effets indésirables, et à celle des incidents accidents liés à la médication.

Finalement, l'ouverture du nouveau GMF Clinique médicale La Grande Ourse a donné un nouveau souffle à la pratique en cabinet en dehors du Centre de santé de Chibougamau. L'implantation de nouveaux programmes au GMF et la prise en charge de patients orphelins seront des objectifs pour les prochaines années.

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Au cours de l'année, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers a été consulté lors de l'élaboration et le suivi des ordonnances collectives, du contenu de certains formulaires, des procédures, des protocoles et des règles de soins infirmiers.

Enfin, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers révise ses règlements généraux en vue de susciter une plus grande participation et implication de ses membres.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

En 2009-2010, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) du CRSSS de la Baie-James s'est rencontré à deux reprises. Le comité a participé cette année à la remise du dépliant *Mon plan... j'y participe*, lors de la formation portant sur

les plans d'intervention (PI), les plans de services individualisés (PSI) et les plans de services individualisés et intersectoriels (PSII), aux intervenants afin que ceux-ci le distribuent aux usagers.

Au cours de l'année 2010-2011, le CM clarifiera les rôles et mandats en cas d'absence d'un membre du CECM et se penchera aussi sur des modes de fonctionnement à privilégier. Il fera appel à la mobilisation des membres du CM pour améliorer la pratique professionnelle et participer au développement de notre organisation. L'adhésion du CM à l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) permet dorénavant d'être au fait de ce qui se passe dans les dossiers nationaux et d'être informés des préoccupations nationales liées à ces dossiers.

LE COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS

Après avoir travaillé sur la promotion des services du comité régional des usagers auprès de ces derniers, l'année 2009-2010 a surtout servi à restructurer le comité. En effet, le comité est retourné en appel de candidatures pour le renouvellement de ses membres. À l'heure actuelle les deux postes vacants pour le secteur est ont été comblés. Le comité avait comme priorité de s'enraciner dans la région et d'être plus près des gens. Pour ce faire, deux membres du comité ont assisté à une session de formation donnée par le Regroupement provincial des Comités d'usagers afin de clarifier le rôle et les obligations de ces comités. Aussi, le comité régional a installé des boîtes de commentaires dans chacune des salles d'attente des centres de santé. Ces boîtes permettent aux usagers désirant formuler des commentaires ou des suggestions d'amélioration, de les déposer directement sur les lieux. L'analyse de ces suggestions par le comité permettra d'y donner suite.

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

ANNEXE 1

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010.

Signé à Chibougamau le 31 mai 2010

LU ET APPROUVÉ PAR :

Diane Laboissonnière
Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	N/A	N/A	N/A
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	N/A	N/A	N/A
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	N/A	N/A	N/A
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Ces indicateurs ne sont pas considérés dans l'entente de gestion 2009-2010 du CRSSS de la Baie-James, puisque les données mesurées sont trop volatiles dans le Nord-du-Québec pour pouvoir dégager une cible quantifiable.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	100	100	100

Commentaires

Les objectifs à atteindre en 2009-2010 sont un équivalent temps plein (ETC) infirmière selon la typologie des établissements :

- pour 100 lits de soins généraux et spécialisés (SGS);
- pour 250 lits d'hébergement de soins de longue durée (HSLD) en soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie.

L'organisation possède 38 lits de SGS et 32 lits de HSLD (incluant les lits d'hébergement temporaire), ce qui totalise 70 lits pour une infirmière ETC.

Ce résultat est atteint depuis 2006-2007.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	N/A	80%	44,44%

Commentaires

Étant donné les petits nombres de notre région et le déclin démographique observé dans la région, il appert que le dénominateur utilisé provenant du fichier des naissances ne correspond pas à la réalité actuelle. De plus, il couvre la portion du territoire au sud-ouest de la région alors qu'au numérateur, ces mères sont codifiées dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. En ajoutant ces femmes, notre résultat atteint 52% (14/27). Concernant, le sous-groupe des mères de moins de 20 ans, la proportion atteint 100%.

Ajoutons également que le critère d'extrême pauvreté utilisé par le ministère renvoie à la sous-scolarisation. Or, il est vrai que dans la région, la sous-scolarisation est élevée, cependant elle ne correspond pas toujours à des conditions d'extrême pauvreté. En effet, les emplois du secteur primaire (notamment des conjoints) offrent des salaires généralement élevés, ce qui amène une certaine distorsion dans les critères de sélection de la clientèle cible.

De plus, le manque d'anonymat relatif à la taille de nos communautés occasionne plusieurs refus de la part de la clientèle dans le programme SIPPE. Toutefois, certaines d'entre elles (n=13) acceptent de participer à un programme similaire à OLO (LOV : lait, œuf, vitamines), rejoignant ainsi plusieurs familles vulnérables.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	61,5%	69,2%	91,67%

Commentaires

Depuis 2008-2009, une entente de partenariat entre la direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James et la Commission scolaire de la Baie-James a permis d'associer davantage la santé au monde scolaire. En effet, on retrouve maintenant un intervenant de la santé par école qui siège officiellement au comité École en santé, permettant ainsi d'accroître notre résultat.

Après entente avec l'Abitibi-Témiscamingue, nous avons retiré une école de notre dénominateur, même si cette école se retrouve sur notre territoire, ce qui peut entrainer une variation du résultat par rapport à l'an dernier. Ce choix est motivé par le fait que les intervenantes du Centre de santé et de services sociaux des Aurores Boréales, codent leurs interventions dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	82%	80%	77,59%
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	65%	75%	69,66%
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	82%	80%	75,84%

Commentaires

Les résultats obtenus en 2009-2010 sont très variables par rapport aux résultats de 2008-2009 et aux cibles. Les petits nombres peuvent entraîner ce genre de variation puisque les doses totales administrées annuellement pour chaque vaccin représentent une centaine de vaccins.

Ajoutons que d'autres facteurs ont été portés à notre attention. Par exemple, le non remplacement des infirmières lors d'absences pour vacances ou maladies peut entraîner des dépassements de délais. Le non remplacement des infirmières est souvent dû à une pénurie de main d'œuvre qui amène les gestionnaires à prioriser particulièrement les services d'urgence, d'obstétrique ou de soins optima au détriment de la prévention. Par ailleurs, bien que nous ayons transmis l'information aux cliniciens, il existe toujours certaines croyances à l'effet que lorsque l'enfant est sous antibiotiques la vaccination n'est pas recommandée retardant ainsi le vaccin dans les délais recommandés.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100%	100%	0%
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	100%	100%	100%

Commentaires

Le comité de prévention et de contrôle des infections, quoique présent au sein de l'établissement, n'a pu être entièrement fonctionnel en raison du contexte de la pandémie ayant mobilisé les quelques ressources en place.

Les rencontres du comité redémarreront à compter d'avril 2010.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	468	450	494
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,02	3,25	3,07

Commentaires

Les résultats de 2009-2010 montrent une augmentation du nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux supérieur à l'engagement pris. Nous croyons que cette augmentation reflète une bonne intégration des services dans les communautés.

Toutefois, des difficultés importantes dans le maintien des effectifs en place expliquent en partie un nombre moyen d'intervention par usager inférieur à la cible escomptée. En fait, toute la clientèle a droit au service, cependant avec une intensité moindre du nombre moyen d'intervention par usager.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	204	204	222
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	43,34	38	43,58

Commentaires

Le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile, évolue positivement et au-dessus de la cible. Une validation des données pour l'indicateur 1.3.1 amène toutefois le résultat à 210 usagers. Cette augmentation de la clientèle est attribuable au vieillissement de la population, phénomène en émergence dans l'ensemble de la région, en raison de la création des communautés jamésiennes qui datent des cinquante dernières années. On remarque une intensité des services qui dépasse considérablement la cible ministérielle (après validation 45,99).

Les clients en SAD sont souvent en très grande perte d'autonomie malgré la présence de quelques ressources intermédiaires. Ces ressources ainsi que les soins en ongue durée sont occupées à pleine capacité, ce qui peut se traduire par une augmentation des deux indicateurs par rapport à l'an dernier.

Le soutien à domicile est toujours une orientation privilégiée par le CRSSS de la Baie-James. Toutefois, nous sommes à même de constater un besoin de diversification des formules d'hébergement afin de répondre à la demande croissante des personnes en perte d'autonomie sur le territoire Le projet novateur pour le secteur de Chapais-Chibougamau et le projet de CHSLD, s'avèrent prometteurs, ce qui devrait faire diminuer le nombre moyen d'intervention en soutien à domicile par usager au cours des prochaines années à un niveau plus acceptable.

Nom :	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 209
[2] Résultats en date du 31 mars 210

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	5,55	5,55	5,41
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,74	0,74	0,77

Commentaires

La mise en œuvre de l'approche milieu de vie a induit une augmentation des heures en soins infirmiers et d'assistance et en services professionnels auprès de la clientèle hébergée. Par ailleurs, est incluse la clientèle avec troubles cognitifs, ce qui peut expliquer certains résultats élevés au cours des dernières années. On remarque pour l'année 2009-2010, une légère tendance vers la cible escomptée.

Quant au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels, le CS Lebel a connu un développement de 21 heures depuis les deux dernières années en animation de milieu de vie, ce qui a pu avoir comme effet d'accroitre cet indicateur.

Notons, qu'il est très difficile d'atteindre les cibles ministérielles puisqu'à Lebel-sur-Quévillon et Matagami ces installations n'ont que quatre lits d'hébergement en soins de longue durée. Ceci a pour effet de surévaluer les statistiques régionales. Le CS de Chibougamau possède quant à lui 18 lits de soins de longue durée, quatre lits de soins de courte durée pour des usagers en attente d'hébergement ainsi que 2 lits d'hébergement temporaire. De plus, le Centre de santé de Chibougamau a une problématique liée à l'architecture qui demande plus de personnel et de surveillance. La réalisation du projet de relocalisation permettra de mieux implanter l'approche milieu de vie.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroitre l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	177	175	155
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,93	15	18,09

Commentaires

Le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile est inférieur aux résultats de l'an dernier.

Au plan méthodologique, un travail considérable a été réalisé cette année en vue d'une amélioration de la qualité des informations saisies avec l'arrivée du plan d'accès en DI-TED. Ce dernier à pour effet de standardiser la saisie des informations afin que le client soit imputé dans le bon programme. Une confusion régnait entre le programme en santé physique et en déficience physique, surestimant ainsi la clientèle en déficience physique.

Par ailleurs, certains dossiers ont été révisés et fermés suite à la stabilité de l'état de l'usager, ce qui explique la baisse de clientèle et l'augmentation depuis cette année du nombre moyen d'interventions à domicile.

Nous avons également eu quelques dossiers fermés pour cause de départ de la région ou de décès. Il est à noter qu'aucun usager n'est en attente de service en soutien à domicile, et ce, malgré que l'offre de services pour cette clientèle se situe autour des services à domicile puisque nous n'avons aucune centre de réadaptation.

Enfin, soulignons que pour répondre à l'intensité des besoins, un partenariat a été établi avec une entreprise d'économie sociale et/ou le chèque emploi service depuis quelques années. Le résultat de notre engagement est donc tributaire d'un contrat avec un tiers (entreprise d'économie sociale). Il nous apparait certain que l'on peut assurer une intensification des services mais sans pouvoir la comptabiliser.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	11	16	17

Commentaires
Le résultat indique une couverture complète de l'ensemble des familles ayant fait une demande de services.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1] Résultats en date du 31 mars 2009
[2] Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	N/A	N/A	N/A

Commentaires

En ce qui a trait aux services spécialisés de réadaptation, notre région n'opère pas de centre de réadaptation. Les personnes ayant une déficience physique doivent se déplacer dans les régions limitrophes afin de recevoir les services spécialisés qu'ils ont besoin. Pour l'instant, ce sont les régions offrant les services qui ont en main les statistiques concernant le nombre de clients recevant ces services.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	33	33	24
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	4,82	9	11,29

Commentaires

Le résultat 2009-2010, est inférieur à l'engagement pris et au résultat de l'an dernier en ce qui a trait au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED et recevant des services de soutien à domicile. Par contre, on remarque une meilleure intensité de services.

L'explication réside dans la codification des usagers au sein du programme. En effet, depuis la mise en œuvre du plan régional d'accès, plusieurs fermetures de dossiers inactifs (parfois de 600 jours) ont été réalisées cette année. L'analyse des dossiers a permis de constater que des personnes étaient admises depuis plusieurs années sans toutefois bénéficier de services à la suite de leur évaluation annuelle. En somme, bien que la statistique obtenue soit plus faible, nous considérons qu'elle offre un meilleur portrait de l'offre de services à domicile.

Enfin, il faut comprendre également que le peu de clientèle en DI-TED dans la région, amène aussi des variations considérables au regard du nombre moyen d'intervention.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	23	20	16

Commentaires

Aucune liste d'attente du nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED et dont la famille reçoit des services de soutien. L'ensemble des besoins exprimés ont été répondus.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	372	355	359
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,45	7	6,15

Commentaires

Le nombre d'usagers rejoints en 2009-2010 est légèrement plus élevé que la cible de référence. Toutefois, ce nombre a diminué en comparaison avec l'année précédente, ce qui s'explique par la baisse démographique de la population du territoire.

Au regard de l'intensité des services, le résultat de cette année n'atteint pas nos objectifs de performance en raison de plusieurs postes temporairement vacants.

En somme, nous estimons que l'offre de services aux jeunes en difficulté, en lien avec les services offerts et comptabilisés en santé mentale et en toxicomanie, constitue une couverture globale adéquate de services aux jeunes du territoire.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	N/A	N/A	N/A
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	N/A	N/A	N/A
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Les données nécessaires dans cette fiche de reddition de comptes sont comptabilisées par les centres jeunesse des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02) et de l'Abitibi-Témiscamingue (08) qui offrent ces services pour notre région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Jeu pathologique

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	5	6	6

Commentaires

Le résultat de cette année atteint la cible escomptée, toutefois, la demande de services demeure très faible malgré des efforts dans la diffusion des campagnes sociétales et la promotion des services offerts.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	3,54	5	5
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Le résultat pour 2009-2010 s'est amélioré tout en atteignant la cible escomptée.

Les résultats en terme de nombre de places en soutien d'intensité variable présentés ne tiennent pas compte des interventions de l'organisme communautaire *la Corporation Le Zéphir* dans le secteur Est de la région (12,23 places). En ajoutant ces places, on obtient un total de 17,23 places, ce qui correspond à une meilleure expression de la réalité des services effectivement rendus à cette clientèle.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	N/A	N/A	N/A
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Sans objet : Le CRSSS de la Baie-James ne fait pas partie du système d'information J56 (Registre des urgences).

En ce qui concerne les cas qui nécessitent une prise en charge dans un centre spécialisé en psychiatrie, la clientèle est transférée aux régions limitrophes du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	294	290	322

Commentaires

Il y a eu consolidation des services de première ligne en santé mentale dans les dernières années, ce qui explique un résultat supérieur à la cible escomptée par rapport au nombre d'usagers.

De plus, le fait de ne plus être obligé d'émettre un diagnostic pour l'entrée de données dans le *Programme en santé mentale* peut expliquer en partie cette hausse du nombre de personnes ayant été cotées dans ce service car auparavant, elles auraient été cotées en services psychosociaux généraux.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Depuis 2009-2010, l'arrivée d'une psychiatre permet d'offrir un service d'évaluation et traitement en psychiatrie en externe auprès de la clientèle jeune et adulte seulement dans le secteur Est. Nos indicateurs révèlent que 149 usagers différents se sont prévalus de ce service entre janvier 2009 et janvier 2010. Les quelques délais supérieurs à 60 jours semblent être occasionnés par les usagers qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Pour assurer une continuité de services, des négociations sont en cours avec nos régions limitrophes. Parmi elles, une entente de principe est intervenue entre le CRSSS de la Baie-James et le CSSS Domaine-du-Roy. Ceci permettra de mieux clarifier les transferts inter établissements pour les usagers nécessitant des services spécialisés en psychiatrie. La signature de cette entente est imminente.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	N/A	N/A	N/A
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	N/A	N/A	N/A
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	N/A	N/A	N/A
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Le système d'information sur la gestion des départements des urgences (J56) n'est pas implanté dans la région compte tenu du peu de civières à gérer.

Cependant, l'éloignement géographique par rapport aux grands centres, l'isolement des communautés et notre obligation d'assurer des services continus et d'urgence, obligent à maintenir un ratio minimal permanent de personnel. Les équipes minimales requises impliquent que les délais d'attente dans les salles d'urgence sont généralement faibles dans nos centres de santé, sauf au CS de Chibougamau, et la prise en charge est rapide.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	36	35	35
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,72	16	13,89

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile rejoint la cible 2009-2010. Par contre, l'intensité des services s'en trouve diminuée. Les petits nombres expliquent certaines variations. Par exemple, un usager qui retourne dans sa famille (dans une autre région) après avoir été inscrit en soins palliatifs à domicile dans notre région, influe considérablement sur la moyenne d'interventions par usager.

Selon nos analyses, les résultats obtenus nous semblent satisfaisant, dans la mesure où la structure actuelle de l'organisation et le petit nombre d'usagers ne permettent que difficilement la mise en place de ce service à domicile sur un horaire 24/7. Le peu de cas dans nos centres, ne nécessitent pas une garde 24/7 systématique.

Le jour, les soins infirmiers à domicile sont disponibles. La nuit, une réponse est donnée à toutes les demandes de services au moyen d'une garde volontaire à tour de rôle au besoin. Aussi, le service d'inscription des usagers en soins palliatifs dans le système Info-Santé et Info-Social est disponible avec la Centrale Info-Santé CLSC du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est d'Alma lequel permet d'offrir un suivi plus personnalisé.

Ajoutons que des formations ont été données pour améliorer la qualité des données saisies. Nous estimons que les usagers sont codifiés plus tôt en soins palliatifs, ce qui a pour effet de réduire le nombre moyen d'interventions par usagers en soins palliatifs à domicile, puisqu'ils requièrent moins de services qu'en fin de vie.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Lutte contre le cancer**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Aucun service de radio-oncologie dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[2] 2009-2010*
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2010

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Cardiologie tertiaire**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Cardiologie tertiaire**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires
Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	N/A	N/A	N/A
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	N/A	N/A	N/A
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	N/A	N/A	N/A
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	390	394	325
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	145	160	153

Commentaires

Il importe de mentionner que le bloc opératoire, durant la période estivale, a davantage servi aux examens endoscopiques afin de diminuer les listes d'attente, plutôt qu'aux chirurgies, d'où le manque à gagner par rapport à la cible. Le fait que beaucoup de scopies se situaient dans la zone hors-délais, conditionne la priorisation des scopies au lieu des chirurgies.

D'autres facteurs peuvent également expliquer l'écart à combler. D'une part, le temps requis entre les chirurgies s'est accru afin de respecter les normes et standards de qualité. D'autre part, le contexte de pandémie a occasionné un léger retard. Enfin, il est clair que le manque d'espace entraîne une perte d'efficacité. En effet, une deuxième salle, actuellement en voie de rénovation et d'organisation physique et matérielle minimale, devrait permettre de rentabiliser le temps de préparation des cas et les prises de notes des chirurgiens. Cette salle devrait être prête en 2010-2011. Des travaux sont présentement en cours pour rendre l'environnement de travail plus favorable à un gain d'efficacité tout en permettant de répondre aux standards de qualité.

Enfin, le bloc opératoire vit aussi des problèmes de personnel infirmier en raison de la rareté des ressources occasionnés par des congés de maladie ou de maternité et certains départs vers les communautés cries avoisinantes qui offrent des conditions et avantages salariaux nettement supérieurs à notre région.

Malgré la présence de chirurgien, le bloc a dû concentrer certaines activités et réduire le nombre d'opérations. Il importe de mentionner que les chirurgies urgentes et semi-urgentes ont toutes été réalisées, et ce, dans les délais prescrits. Nous misons sur la formation intensive du nouveau personnel infirmier pour redonner une vitesse de croisière à ce service. En 2009-2010, une personne a été formée pendant cinq semaines.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	N/A	N/A	N/A
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	N/A	N/A	N/A
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Les chirurgies de la hanche, du genou ou de la cataracte ne sont pas réalisées dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[2] 2009-2010***
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysées et éliminées leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	100	100	100
	Catégorisation	100	100	100
	Accord responsable	100	100	100
	Accord au c/a	100	100	100
	Application	100	100	100

Commentaires

Le volet la prévention des infections, relève de la présidence-direction générale, laquelle a crée le comité de prévention des infections qui se veut une instance consultative. Son mandat consiste à fournir une expertise scientifique et de faire des recommandations aux différents niveaux décisionnels en regard de la prévention et de la lutte contre l'infection en milieu de santé. La présidente-directrice générale a mandaté la responsable de la prévention des infections (à la direction des soins infirmiers et des programmes) pour assurer la coordination du comité et faire les recommandations qui s'imposent. Notons, que le Programme de prévention des infections a été adopté au conseil d'administration le 14 février 2007 et est en voie de révision cette année.

Déjà, le répertoire des surfaces et leur catégorisation a été effectuée dans l'ensemble des centres de santé par une firme externe à l'aide du logiciel PROPRE. Toutefois, certaines zones grises demeurent, notamment au plan des équipements médicaux. En somme, on estime que plus de 60% de ces étapes sont réalisées dans chacune des installations.

Au plan de l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité, l'entretien ménager des équipements et les activités de désinfection relèvent de deux directions des services à la clientèle qui chapeautent l'ensemble des installations. À cet égard, deux responsables de secteur ont été formées comme formateur pour chacun des secteurs, assurant ainsi la formation de l'ensemble des équipes en hygiène et salubrité (100%).

La responsabilité de la gestion du risque environnemental est donc partagée à l'intérieur du CRSSS de la Baie-James.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date : 31 mai 2010**

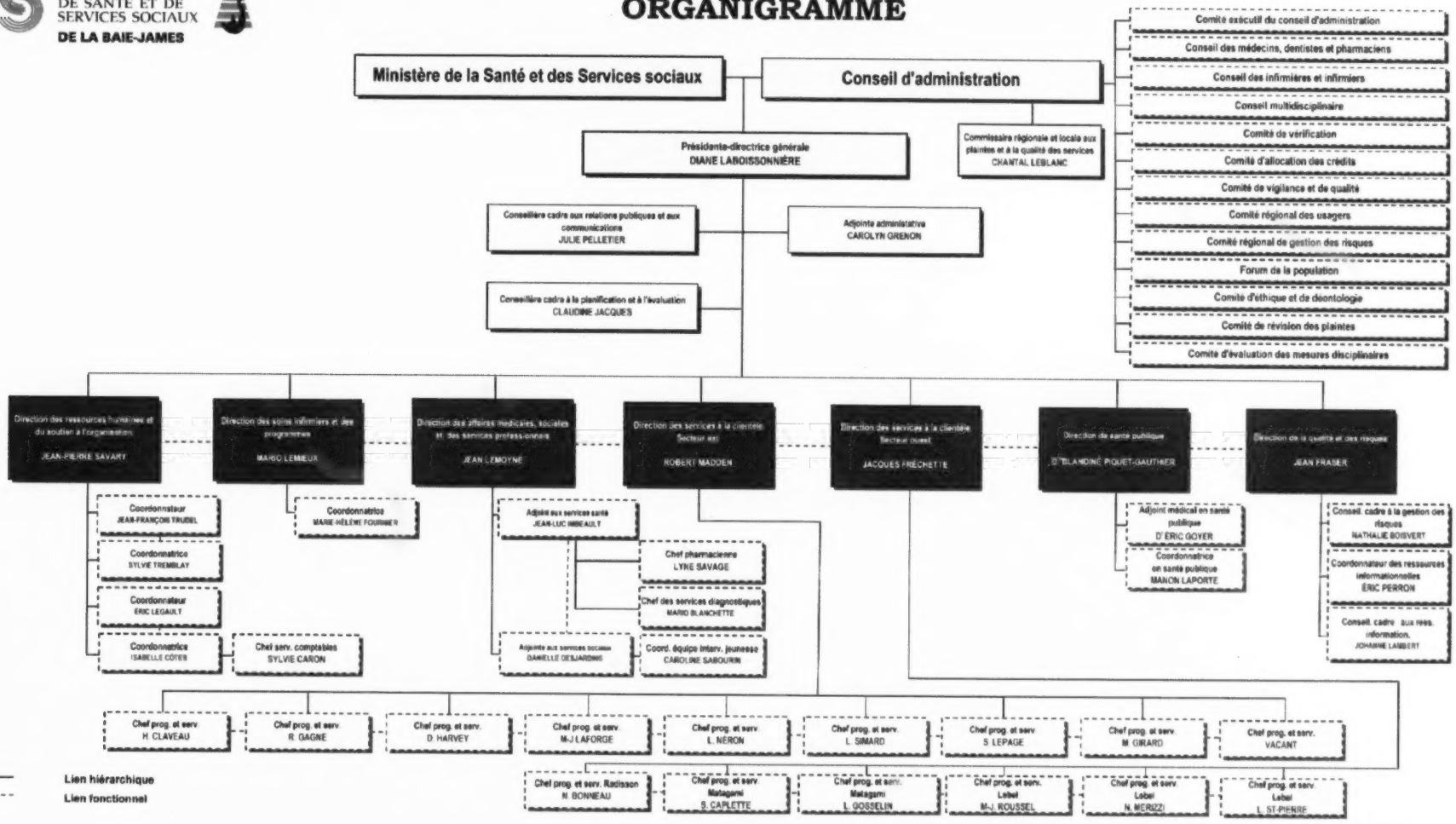
[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

ORGANIGRAMME DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES AU 31 MARS 2010

ANNEXE 2

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

ORGANIGRAMME



Mise à jour : 2010-03-31

DONNÉES FINANCIÈRES

ANNEXE 3

Aux membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Établissement.Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada.Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes.La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel.Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis:

- l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités;

- l'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'exception de l'élément mentionné au commentaire 2 de l'annexe au rapport des vérificateurs;

- les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'exception de l'élément mentionné au commentaire 3 de l'annexe au rapport des vérificateurs;

- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables;

- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

- l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'exception de l'élément mentionné au commentaire 1 de l'annexe au rapport des vérificateurs;

- Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2010 ainsi que ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 4, à l'exception des éléments annexés au commentaire 2.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable: Réal Duchaîne (1)

Nom du vérificateur: Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.

Raymond Chabot Grant Thornton
Comptables agréés
Bureau 4
553, 3e Rue
Chibougamau, Québec
G8P 1N8

Téléphone: 418-748-2684

Réal Duchaîne
RÉAL DUCHAÎNE, COMPTABLE AGRÉÉ

Télécopieur: 418-748-7391

Le 28 mai 2010

(1)Comptable agréé auditeur permis no 15246

Aux membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

NUMÉRO DU COMMENTAIRE	COMMENTAIRES

01 Correction résultant de l'analyse des rapports financiers annuels antérieurs effectués par le Ministère de la santé et des services sociaux.

Le CRSSS de la Baie-James n'a pas apporté toutes les corrections exigées par le ministère de la Santé et des Services sociaux puisque certains éléments demandés en correctif étaient bien inclus aux états financiers au 31 mars 2009, tel que mentionné dans la lettre transmise le 30 avril 2010 par le CRSSS de la Baie-James au ministère de la Santé et des Services sociaux "Commentaires relatifs à l'analyse financière 2008-2009". Il aurait dû y avoir une régularisation de 113 408 $, mais le CRSSS de la Baie-James a passé seulement 71 300 $ donc le déficit inscrit aux états financiers au 31 mars 2009 est de 91 356 $ au lieu de 49 248 $ proposé par le Ministère de la santé et des services sociaux.

02 Revenus reportés, Fonds des activités régionalisés

Suite à notre vérification, nous avons constaté que les normes et pratiques de gestion définies dans le manuel de gestion financière de la santé et services sociaux concernant les revenus reportés et le fonds des activités régionalisées n'étaient pas respectées.

Revenus reportés:

D'abord, plusieurs projets étaient renouvelés de façon récurrente sans que ces mêmes projets soient dépensés. L'impact monétaire de cette dérogation n'a pu être déterminé.

Fonds des activités régionalisées:

Enfin, l'Établissement,pour son volet agence, ne présente pas distinctement le fonds des activités régionalisés aux états financiers.

03 Unités de mesure

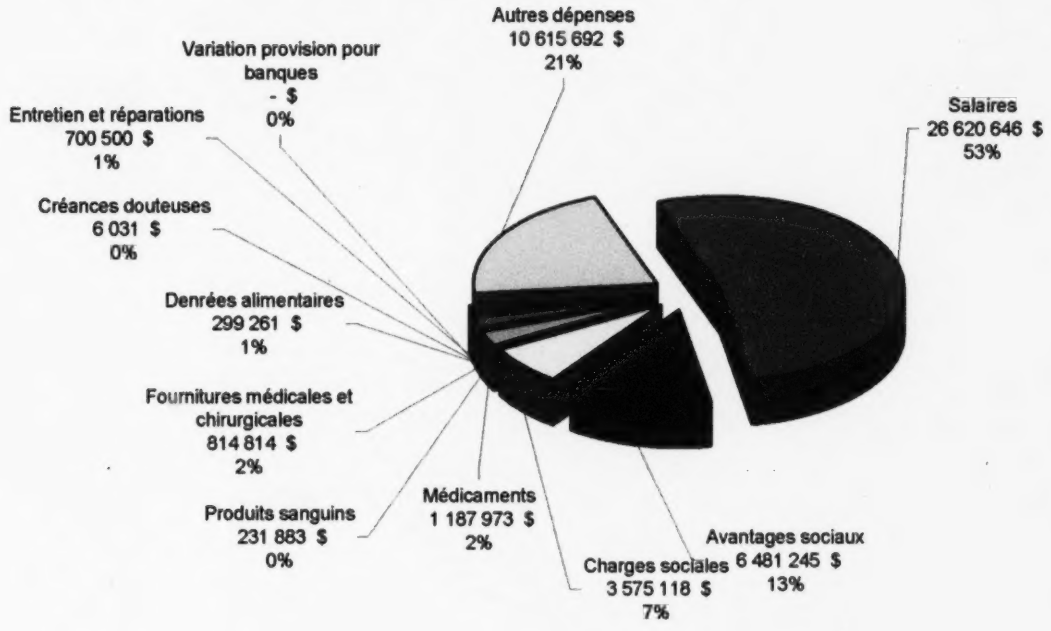
Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives aux unités de mesure "Nutrition "(7111) "Nutrition Clinique" (7553) ne sont pas valables. En effet, les données relatives à ces unités de mesure ne sont pas compilées sur une base régulière et ont été estimées en fin d'exercice.

De plus, les unités de mesure "Animation-loisir" (6890), "Orthophonie" (6862), "Ergothérapie" (6880),"Alimentation autres" (7554) et "l'Unité de médecine de jour" (7090) ne sont pas conformes aux exigences du manuel de gestion financière puisque l'établissement ne les a pas compilées adéquatement.

Tableau 13 : Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
État des résultats – Activités principales
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

Revenus	Exercice courant	Exercice précédent
Agence ou ministère	48 492 691	46 257 253
Revenus des usagers	1 003 560	967 421
Ventes de services	256 609	264 641
Recouvrements	336 470	292 313
Donations		62
Subvention du gouvernement fédéral	19 992	
Autres sources	242 023	255 111
Total des revenus	**50 351 345**	**48 036 801**
Charges		
Salaires	26 620 646	24 519 453
Avantages sociaux	6 481 245	6 338 786
Charges sociales	3 575 118	3 385 606
Médicaments	1 187 973	988 754
Produits sanguins	231 883	246 466
Fournitures médicales et chirurgicales	814 814	773 518
Denrées alimentaires	299 261	265 911
Créances douteuses	6 031	
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles Rétention et quart stable de nuit	XXXXXXXX	294 377
Entretien et réparations	700 500	577 190
Autres dépenses	10 615 692	10 919 815
Total des charges	**50 533 163**	**48 309 876**
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds :		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds	199 595	158 641
Affectées à d'autres fonds	50 751	48 222
Excédent des charges sur les revenus après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**<32 974>**	**<162 656>**

Figure 3 : Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Répartition des charges par nature
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

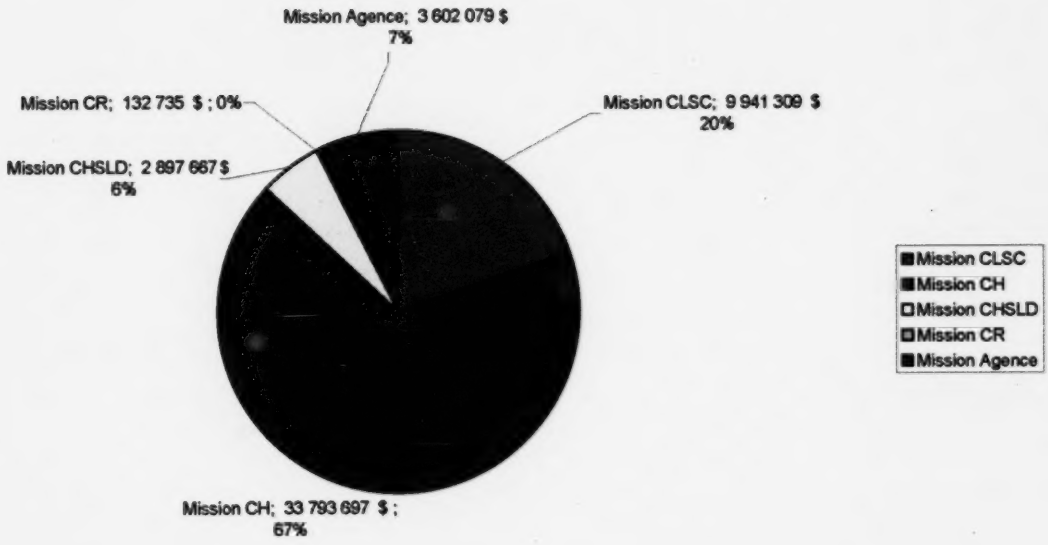


Note : Les proportions étant arrondies à la plus proche unité peuvent parfois indiquer zéro.

Tableau 14 : Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Répartition des charges par programme ou service
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

Programmes et services	Exercice courant	Exercice précédent
Mission C.L.S.C.		
Programme-Services non exclusifs	3 823 959	3 766 598
Programme-Santé publique	718 083	585 484
Programme-Activités cliniques et d'aide	2 378 238	2 062 351
Programme-Santé physique	364 415	444 935
Programme-Perte d'autonomie liée au vieillissement	9 303	24 571
Programme-Santé mentale	610 840	625 407
Programme-Jeunes en difficulté	791 624	626 860
Programme-Dépendances	0	0
Programme-Déficience physique	73 218	63 278
Programme-Déficience intellectuelle et TED	258 816	259 359
Administration et soutien aux services	588 360	494 934
Gestion des bâtiments et des équipements	324 453	355 838
Charges attribuables à la mission C.L.S.C.	**9 941 309**	**9 309 615**
Mission C.H.		
Programme-Services non exclusifs	5 038 861	4 360 385
Programme-Santé publique	238 690	182 046
Programme-Activités cliniques et d'aide	72 058	127 792
Programme-Santé physique	14 410 653	13 692 535
Programme-Perte d'autonomie liée au vieillissement	172 244	196 348
Programme-Santé mentale	123 085	136 882
Programme-Dépendance	234 194	384 920
Administration et soutien aux services	9 631 208	9 427 781
Gestion des bâtiments et des équipements	3 868 685	3 714 006
Mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	4 019	182 826
Charges attribuables à la mission C.H.	**33 793 697**	**32 405 521**
Mission C.H.S.L.D.		
Programme-Services non exclusifs	504 686	317 957
Programme-Perte d'autonomie liée au vieillissement	2 392 981	2 310 883
Administration et soutien aux services	xxxxx	xxxxx
Charges attribuables à la mission C.H.S.L.D.	**2 897 667**	**2 628 840**
Mission C.R.		
Programme-Déficience intellectuelle et TED	55 017	30 398
Programme-Déficience physique	77 718	29 121
Charges attribuables à la mission C.R.	**132 735**	**59 519**
Mission Agence		
Direction générale	1 412 966	1 363 041
Planification, organisation et coordination des services	769 672	658 405
Santé publique	1 181 984	1 066 596
Allocations des ressources, soutien au réseau et contrôle	237 457	222 028
Charges attribuables à la mission Agence	**3 602 079**	**3 310 070**

Figure 4 : Répartition des charges par mission pour l'exercice terminé le 31 mars 2010



Note : Les proportions étant arrondies à la plus proche unité peuvent parfois indiquer zéro.

Tableau 15 :
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Bilan du fonds d'exploitation
au 31 mars 2010

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	6 684 812	6 632 748
Débiteur-Agence et Ministère	445 755	239 141
Autres débiteurs	680 309	909 318
Charges payées d'avance	866 461	517 291
Stocks	445 218	409 008
Créances interfonds:	699 140	
Total de l'actif à court terme	**9 821 695**	**8 707 506**
Subvention à recevoir-Réforme comptable	3 649 730	3 499 120
Autres éléments d'actif	1 780	27 357
Total de l'actif	**13 473 205**	**12 233 983**
Passif et solde de fonds		
PASSIF À COURT TERME		
Autres Créditeurs	8 610 049	7 908 379
Dettes interfonds:Fonds d'immobilisation		44 865
Revenus reportés - activités principales:	6 025 574	5 465 276
Revenus reportés - activités accessoires:	25 633	33 051
Autres		
Total du passif à court terme	14 661 256	13 451 571
PASSIF À LONG TERME		
Autres éléments du passif	89 588	97 643
Total du passif	14 750 844	13 549 214
Solde de fonds	(1 277 639)	(1 315 231)
Total du passif et du solde de fonds	**13 473 205**	**12 233 983**

Tableau 16 :
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Bilan du fonds d'immobilisation
au 31 mars 2010

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	700 586	
Débiteur-Agence et Ministère	236 361	483 416
Autres débiteurs	42 557	54 826
Créances interfonds: Fonds d'exploitation		44 865
Autres éléments	3 272 018	
Total de l'actif à court terme	4 251 522	583 107
Immobilisations	30 468 321	30 109 984
Subvention à recevoir (perçue d'avance)- Réforme comptable	-5 479 618	-5 600 031
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	113 780	74 400
Total de l'actif	**29 354 005**	**25 167 460**

Passif et solde de fonds		
PASSIF À COURT TERME		
Découvert de banque		160 813
Emprunts temporaires	1 900 000	
Autres créditeurs	108 137	35 488
Dettes interfonds: Fonds d'exploitation	687 140	
Autres éléments	45 562	0
Intérêts courus à payer	236 361	483 416
Total du passif à court terme	2 977 200	679 717
PASSIF À LONG TERME		
Revenus reportés	338 631	378 750
Dette à long terme	26 804 919	24 835 738
Moins:		
Fonds d'amortissement du Gouvernement	-800 000	-760 000
Dette nette	26 004 919	24 075 738
Total du passif à long terme	26 343 550	24 454 488
Total du passif	29 320 750	25 134 205
Solde de fonds	33 255	33 255
Total du passif et du solde de fonds	**29 354 005**	**25 167 460**

Tableau 17 : Suivi des charges au 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent	Variation
	2009-2010	**2008-2009**	
Assurance salaire	1 110 878	1 164 071	(53 193) $
Aide à domicile (6530)	710 959	681 072	29 887 $
Transport des bénéficiaires (7400)	1 982 545	2 117 220	(134 675) $
Médicaments	1 187 973	988 754	199 219 $
	4 992 355	**4 951 117**	**41 238 $**

TABLEAU DES INVESTISSEMENTS 2009-2010 ET ANNÉES ANTÉRIEURES

ANNEXE 4

Tableau 18 : Tableau des investissements

Investissements
2009-2010

Budget de développement		
DAMSSP	Implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	37 500

Investissements
2008-2009

Budget de développement et autres

DSIP	Chèque emploi service	6 700
	Soutien aux proches aidants programme : Jeunes en difficulté	89 790
	Soutien aux proches aidants programme : Santé mentale	67 890
	Soutien aux proches aidants programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement	43 800
	Soutien aux proches aidants programme : Santé physique	10 950
	Soutien aux proches aidants programme : Soins palliatifs	8 760
	Lits en soins posthospitaliers	15 000
	Lits en soins palliatifs	33 132
	Hébergement temporaire dans la communauté	15 000
	Soutien aux proches aidants Alzheimer	52 000
DSC Est	Technologiste médical Laboratoire à Chibougamau	71 500
	Projet bloc opératoire	150 000
	Service de réadaptation physique	125 000
	Préposé soutien aux professionnels physio et ergo	48 000
	Centre de jour	192 200
	Chef de programmes secteur SAD et CHSLD	85 000
DSC Ouest	Organisateur communautaire	75 000
	Inhalothérapeute 1 jour par semaine	5 000
	Agente administrative accueil admission	16 000
	Préposé à l'entretien ménager	48 000
Direction générale	Cadre-conseil à la direction générale	93 400
	Programme de soutien aux organismes communautaires	135 000
Direction qualité et des risques	Technicienne centre de documentation	57 513
DAMSSP	Services intégrés maladies chroniques	137 817
	Garde psychosociale, secteur est	50 000
	Service de diagnostic à distance pour les troubles du sommeil	22 000
	Soutien d'intensité variable dans la communauté	15 000
DRHSO	Agente administrative classe 3	46 339
	Développement professionnel projet à définir	29 776
Santé publique	Santé dentaire application agent de scellement	45 062
	Agent de planification en habitudes de vie	70 000
	TOTAL	1 860 629

Investissements
2007-2008

Budget de développement — répartition		
Chapais	Modification poste accueil psychosocial	25 000
	Centre de jour (ajout 1 jour/semaine)	36 000
	Accueil agente administrative	26 000
Chibougamau	Technologiste médical laboratoire	60 000
	Auxiliaire familiale (TC + 10 heures SAD)	64 000
	Examens de scopie au bloc opératoire (20 jours/an)	17 400
	Inhalothérapie pour test de provocation bronchique	13 832
	Stérilisation augmentation des heures	10 500
	Inhalothérapie maladies chroniques	13 832
	Technologue radiologie (1, ETC)	60 000
	Technologiste médical laboratoire, fin de semaine (0,5, ETC)	30 000
Chapais Chibougamau	Services de première ligne jeunesse — signal non retenu	67 000
	Inhalothérapie SAD (14 h/sem.)	22 876
	Nutritionniste habitudes de vie	42 000
	Nutritionniste clinique et maladies chroniques	28 000
	Coordonnatrice équipe d'intervention jeunesse	90 000
Lebel	Animation Milieu de vie	20 000
	Consolidation du service d'accueil (10 h/fin semaine)	12 000
Lebel et Matagami	Éducateurs spécialisés TED	90 000
	Psychologue (0,4, ETC — clientèle jeunesse)	36 000
Matagami	Technologiste médicale laboratoire (21 h/sem.)	36 000
	Infirmière chimiothérapie (7 h/semaine)	15 000
Communauté	Chèque emploi service (10 $/heure)	6 700
	Hébergement substitut communauté (RI)	470 755
	Lits posthospitaliers, projet novateur	123 545
	Soutien communautaire — logement social	60 000
Établissement	Assistant technique en pharmacie (2, ETC)	97 550
	Activités prévention des infections nosocomiales	50 000
	Prévention des chutes	25 000
	Professionnels dédiés à la formation — soins inf. autres (2, ETC)	149 010
Organismes communautaires	Versement aux organismes communautaires	150 000
	Soutien aux proches aidants	52 000
Sous total		2 000 000

Suite à la prochaine page

Sous total reporté de la page précédente	2 000 000
Budget aux centres de femmes (violence)	365 350
Budget pour organismes communautaires — agression sexuelle	30 000
Agente administrative direction Chibougamau	36 000
Agente administrative radiologie (19 h/sem.)	30 000
Technologiste de laboratoire à Lebel-sur-Quévillon	6 000
Agent administratif — requêtes d'achat et réorganisation Lebel-sur-Quévillon	54 425
Service buanderie Matagami	5 000
Transport entre les installations	60 000
Agent administratif — comptes fournisseurs	54 425
Agente administrative (2 jours/sem. – régional)	22 000
Consolidation du poste d'agent santé physique	11 170
TOTAL	2 674 370

Investissements
2006-2007

Budget de développement — répartition			
Chapais	Accueil services sociaux	24 500	
	Agent relations humaines — Centre de jour	15 000	
	Technicien en réadaptation physique — Centre jour	10 000	
	Agent de relations humaines — SAD	14 000	
	Fonds de roulement — Centre de jour	7 000	
	Psychoéducatrice	28 000	
Chibougamau	Psychoéducateur TED DI	70 000	
	Ergothérapeute	8 000	
	Infirmière — Soutien à domicile	70 000	
	Travailleur social — Milieu de vie	8 000	
	Psychoéducateur suivi intensité variable communauté	35 000	
	Travailleur social professionnel	64 000	
	Corporation Le Zéphir — Suivi intensité variable communauté	30 000	
	Psychologue	64 000	
	Entretien sanitaire	67 624	
	Service de radiologie (PQDCS)	15 000	
Chapais-Chibougamau	Habitudes de vie	70 500	
	Prévention des chutes chez les personnes âgées	28 000	
Lebel	Animation Milieu de vie	20 000	
	Consolidation — SAD (2 jours inf. 1 jr t.s.)	40 000	
Régional	Mise en œuvre du plan d'action PALV	6 000	
	Supervision des droits d'accès	10 000	
	Modification à la LPJ	4 000	
	Politique de retrait familiale	4 000	
	Entretien sanitaire à la pharmacie	8 776	
	Responsable-cadre global de sécurité informationnelle	55 000	
	Technicienne en communication	30 600	
	Agent de planification et de programmation santé physique	38 000	
	École en santé	96 500	
	Budget régional pour colloque et formation	8 500	
Versé aux organismes communautaires		50 000	
SOUS-TOTAL			1 000 000
Budget aux centres de femmes (violence)			173 444
Budget pour organisme — agression sexuelle			50 000
Tomodensitomètre			200 000
Centre de Prévention du suicide (CPS) 02 nouvelle entente			8 000
Corporation Le Zéphir — Récurrence pour travailleur de rue			48 500
Conseillers en dépendance — Récurrence			70 000
Statistique pilote régionale			79 000
Statistique technicienne			31 400

Laboratoire Lebel		59 000
Laboratoire Matagami		26 000
Radiologie Chapais		60 000
	TOTAL	1 805 344

Investissements

2005-2006

Budget de développement — répartition		
Infirmière Radisson	50 000	
Infimière-pivot Matagami	67 500	
Infirmière en santé communautaire — Chapais	70 000	
Infirmière-pivot à Lebel	60 000	
ARH périnatalité à Lebel	35 000	
Intervenant saines habitudes vie à Lebel	68 000	
Infirmière planning Chibougamau	42 000	
2 inf.-pivot lutte cancer, maladies chroniques – Chib.	130 000	
Inhalothérapeute — Chigougamau	20 000	
Secrétariat — Chibougamau	4 500	
Animatrice Milieu de vie — Chibougamau	60 000	
RI — Chapais et Lebel	207 000	
RI — Chibougamau santé mentale	68 000	
Conseillère clinicienne prévention des infections	68 000	
Organismes communautaires (SOC)	50 000	
SOUS-TOTAL		1 000 000
Budget aux centres de femmes (violence)		188 320
Éducatrice spécialisée — Chibougamau (PSJP)		55 000
Secrétariat (PSJP)		6 500
Coordination régionale santé publique		130 000
intervenant de 1re ligne jeunes — Chibougamau		40 000
Consolidation SAD — Chibougamau		31 000
TOTAL		1 450 820

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ANNEXE 5

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration a été adopté par les membres du conseil le 7 décembre 1999. Comme le prévoit la Loi sur le ministère exécutif (art. 3.0.4), vous trouverez une copie de ce code aux pages suivantes du présent rapport. Au cours de l'année 2009-2010, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté, ni traité.

CODE D'ÉTHIQUE
ET DE DÉONTOLOGIE

DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 7 DÉCEMBRE1999

En révision

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socio-culturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité ;

Les administrateurs du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- priorisation des intérêts de la population à desservir ;
- distribution équitable des ressources de la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêts

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêts

3.1 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général*, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

3.2 Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration d'intérêts écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

* La loi prévoit des dispositions applicables au directeur général.

4. Règles relatives aux assemblées

4.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

4.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs ; il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

4.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

5.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

5.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

5.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

6. Devoirs et obligations de l'après-mandat

6.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

6.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et son conseil d'administration.

7. Mécanisme d'application du code

7.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

7.2 Le président ou le vice-président en saisit le Comité d'éthique et de déontologie qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

Tout membre du comité peut aussi, de sa propre initiative, saisir le Comité d'éthique de toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

7.3 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

7.4 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.

7.5 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de mesure à prendre. Ce rapport est confidentiel.

7.6 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

7.7 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, différentes mesures peuvent être prises (le rappel à l'ordre, le blâme, la réprimande, la suspension, le recours en déchéance de charge, etc.). L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

8. Enquête et immunité

8.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

8.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues à la confidentialité.

9. Publicité du code

9.1 Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____,

membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance du
Code d'éthique et de déontologie
applicable aux membres du conseil d'administration
du Centre régional de santé et de services sociaux
de la Baie-James.

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____

Signature

_____

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

d'un membre du conseil d'administration
autre que le directeur général

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui sont susceptibles d'en faire.

_____

_____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non,
identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec
le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi ***Employeur***

_____

_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____

Prénom et nom

_____

Date

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES